

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1924-1925. — N^o 51.

Travail de l'Institut de Médecine légale de la Faculté de Médecine de Lyon

ÉTUDE MÉDICO-LÉGALE
DES
ACCOUCHEMENTS PAR SURPRISE

THÈSE

PRÉSENTÉE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 15 décembre 1924

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

PIERRE ROBIN

DIPLÔMÉ DE MÉDECINE LÉGALE ET DE PSYCHIATRIE

Né à Taulhac, près Le Puy (Haute-Loire), le 17 août 1900

LE PUY

IMPRIMERIE PEYRILLER, ROUCHON ET GAMON

23, BOULEVARD CARNOT, 23

1924

ÉTUDE MÉDICO-LÉGALE
DES
ACCOUCHEMENTS PAR SURPRISE

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire MM. HUGOUNENQ
Doyen..... J. LEPINE
Assesseur..... ROQUE

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, BEAUVISAGE, TESTUT,
FLORENCE A., TEISSIER.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.....	{	MM. BARD
Cliniques chirurgicales.....		ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements.....	{	TIXIER
Clinique ophtalmologique.....		BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	{	COMMANDEUR
Clinique neurologique et psychiatrique.....		ROLLET
Clinique des maladies des enfants.....	{	NICOLAS
Clinique des maladies des femmes.....		LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	{	VILLARD
Clinique des maladies des voies urinaires.....		LANNOIS
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	{	ROCHET
Physique biologique, radiologie et physiothérapie.....		NOVE-JOSSERAND
Chimie biologique et médicale.....	{	CLUZET
Chimie organique et Toxicologie.....		HUGOUNENQ
Matière médicale et Botanique.....	{	MOREL
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....		BRETIN
Anatomie.....	{	GUIART
Histologie.....		LATARJET
Physiologie.....	{	POLICARD
Pathologie interne.....		DOYON
Pathologie et Thérapeutique générales.....	{	COLLET
Anatomie pathologique.....		MOURIQUAND
Chirurgie opératoire.....	{	PIAVIOT
Médecine expérimentale et comparée et Bactériolog.		X.
Médecine légale.....	{	ARLOING (F.)
Hygiène.....		Etienne MARTIN
Thérapeutique, Hydrologie et Climatologie.....	{	COURMONT (P.)
Pharmacologie.....		PIC
		X.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe.....	MM. VALLAS
— Propédeutique de gynécolog.	CONDAMIN
— Chimie minérale.....	BARRAL
— Urologie.....	GAYET

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Anatomie topographique.....	MM. PATEL
Orthopédie.....	LAROYENNE
Puériculture et hygiène de la première enfance...	CHATIN
Stomatologie.....	TELLIER

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	COTTE	CORDIER	MAZEL
THEVENOT (Léon)	DUROUX	ROUBIER	SANTY
GARIN	TRILLAT	FAVRE	DUNET
SAVY	SARVONAT	BONNET	CHAILIER (André)
FROMENT	FLORENCE (G)	RHENTER	CHAILIER (Joseph)
THEVENOT (Lucien)	ROCHAIX	LEULIER	NOEL
PIERY			CORDIER (Pierre)

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. E. MARTIN, *Président*. M. TRILAT, *Assesseur*.
MM. RHENTER et MAZEL, *Agrégés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1924-1925. — N^o 51.

Travail de l'Institut de Médecine légale de la Faculté de Médecine de Lyon

ÉTUDE MÉDICO-LÉGALE
DES
ACCOUCHEMENTS PAR SURPRISE

THÈSE

PRÉSENTÉE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 15 décembre 1924

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

PIERRE ROBIN

DIPLÔMÉ DE MÉDECINE LÉGALE ET DE PSYCHIATRIE

Né à Taulhac, près Le Puy (Haute-Loire), le 17 août 1900

LE PUY

IMPRIMERIE PEYRILLER, ROUCHON ET GAMON

23, BOULEVARD CARNOT, 23

—
1924



A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MA MÈRE

A MA FEMME

A MA GRAND'MÈRE, MADAME AUDIARD

A MON PÈRE

A MES PARENTS ET A MES AMIS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR ÉTIENNE MARTIN
PROFESSEUR DE MÉDECINE LÉGALE ET DÉONTOLOGIE

Hommage de reconnaissance et
de respectueux attachement.

A MONSIEUR LE DOCTEUR PIERRE MAZEL
PROFESSEUR AGRÉGÉ DE MÉDECINE LÉGALE

A MES JUGES

A MES MAÎTRES
DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DES HOPITAUX DE LYON

INTRODUCTION

Au début de l'étude d'un sujet médico-légal, la première difficulté à résoudre consiste à le définir clairement et à en préciser la portée et les limites. Lorsque des travaux nombreux ont déjà paru, que des conclusions souvent autorisées, souvent aussi contradictoires, ont été émises, la tâche n'est pas toujours facile. Nous en avons fait l'expérience, lorsque, sous la direction de M. le Professeur Étienne Martin, nous avons commencé l'étude des accouchements par surprise. Tous les traités de médecine légale se préoccupent du diagnostic de la mort accidentelle ou criminelle de l'enfant au moment de l'accouchement, partout on trouve un chapitre intitulé suivant les cas : accouchement inconscient, accouchement par surprise, accouchement précipité. Des monographies et des thèses nombreuses ont été publiées sur ce sujet et les Annales de médecine-légale renferment de multiples observations.

Thoinot a donné une étiquette générale à tous ces faits en les groupant sous le nom d'accouchements par surprise et en les définissant d'après leur conséquence : des accouchements qui, dans les circonstances où ils

se présentent, peuvent mettre en danger la vie de l'enfant et provoquer une expertise médico-légale. Cette dénomination englobe des cas très différents et pourrait conduire à des applications erronées de l'obstétrique à la médecine judiciaire. Il est évident qu'il faut d'abord distinguer l'accouchement avec mort de l'enfant due à une intervention médicale (forceps, version, etc.) et même tous les accouchements avec assistance médicale. Cette remarque montre que c'est surtout d'accouchements clandestins dont nous voulons nous occuper.

Ces considérations nous ont conduit à tenter une classification qui permette de mieux distinguer les diverses éventualités possibles dans la pratique médico-légale. Voici le plan de notre étude. Après un court *rappel historique* et l'énumération des *causes générales* prédisposant à l'accouchement par surprise, nous rapportons les principales observations publiées et un certain nombre d'observations inédites dans *l'ordre étiologique suivant* :

a) *Accouchements inconscients ou par surprise vraie*, dans lesquels la totalité des phénomènes, dilatation, engagement, descente, expulsion, se passe à l'insu de la parturiente et de son entourage, et se traduit par une naissance aussi imprévue que soudaine.

b) *Accouchements précipités conscients*, la femme connaît son état de grossesse et l'imminence de l'accouchement. Pour une raison quelconque, l'expulsion est imprévue. Ce n'est plus l'accouchement mais l'expulsion par surprise.

c) *Accouchements en état syncopal*, dont certains empruntent leurs caractéristiques aux deux groupes précédents. L'accouchement conscient au début peut se terminer à l'insu de la mère ; catégorie particulièrement intéressante en médecine judiciaire.

Nous exposerons ensuite les *complications* que ces accouchements peuvent présenter pour la mère et l'enfant. La *conduite de l'expertise médico-légale* sera précisée ainsi que l'importance respective de l'étude des circonstances morales et matérielles, de l'examen et de l'interrogatoire de la mère, de l'autopsie du nouveau-né.

Quelques considérations sur l'*importance sociologique* de ces faits, la façon de les éviter et d'assurer leur répression, seront la conclusion naturelle de notre travail.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

De tous temps certaines femmes ont accouché avec rapidité ou dans des conditions inattendues : il semble que la fréquence de ces accouchements le plus souvent exempts de dangers ait empêché les auteurs de leur consacrer des études spéciales. Il faut arriver en 1817 à *Klein* pour trouver un travail d'ensemble sur la question. En revanche les médecins-légistes avaient déjà été amenés à discuter la possibilité de tel ou tel accouchement par surprise que la justice leur avait demandé d'élucider et, dès 1728, Mauriceau s'était occupé de cas de cet ordre.

Si les œuvres des historiens, des littérateurs ou des poètes peuvent être retenues à défaut de références médicales plus précises, il nous sera permis de remonter bien plus haut dans l'histoire des accouchements par surprise. Nous voyons dans la Bible que les femmes juives accouchaient seules, n'acceptant l'aide d'une matrone que dans les cas très difficiles. C'est ainsi que Jocabel, mère de Moïse, accoucha et se délivra seule et garda avec elle son fils pendant deux jours avant de l'exposer sur le Nil. Hippocrate cite le cas d'une femme ayant accouché dans le coma. Homère, dans son hymne à Apollon Délien, nous apprend que Latone enceinte, arrivée dans l'île de Délos, s'appuya contre

un arbre, mit un genou en terre et donna naissance à Diane d'abord, à Apollon ensuite. D'après Plutarque, Cicéron ne fit souffrir à sa mère aucune douleur, Collet rappelle les naissances de quelques célèbres personnages venus au monde précipitamment et avec un sans-gêne regrettable pour le cérémonial des cours. Suivant une tradition flamande, Jeanne la Folle, arrivée à la fin de sa grossesse, assistait à une grande fête à Gand. Elle s'absenta un instant sous prétexte de quelques besoins ; ses dames la voyant tarder à revenir, la cherchèrent et la trouvèrent seule, en plein travail d'enfant dans un lieu peu digne de l'illustre Charles-Quint. Jeanne d'Albret prise de douleurs vers minuit, entonne un motet en langue béarnaise, le roi de Navarre, son père, continue les paroles du cantique et ne les avait pas achevées qu'Henri IV était né. Le 15 août 1769 une bourgeoise d'Ajaccio voulut aller à la messe à cause de la solennité du jour. Elle ressentit les premières douleurs à l'église, sortit précipitamment et à peine arrivée chez elle accoucha sur un tapis sans avoir le temps de gagner sa chambre. L'enfant s'appela Napoléon Bonaparte. La duchesse de Berry nous a laissé plusieurs exemples d'accouchements rapides. Deneux, son accoucheur, dut plusieurs fois s'opposer à l'expulsion pour donner aux témoins le temps d'accourir. Lors de la naissance du duc de Bordeaux, Deneux lui-même, arriva trop tard et selon l'expression de la duchesse, le duc de Bordeaux vint au monde en deux douleurs. En 1900, une femme qui malgré son état avait voulu faire une ascension dans le ballon captif des Tuileries fut prise

des douleurs de l'enfantement dans la nacelle même du ballon.

Après le travail de Klein qui marque la première étape scientifique dans l'étude des accouchements par surprise, paraît en 1839 la thèse de Wedekind. Il faut arriver ensuite en 1861 pour trouver en France la thèse de Panis : Une femme peut-elle accoucher sans en avoir conscience? A partir de cette époque, les travaux deviennent nombreux. Il faut citer : à l'étranger Reinhart, qui publie 23 cas en 1874; la thèse de Matteï, à Marbourg, en 1874; le travail important de Winckel en 1884; 37 cas d'accouchements précipités étudiés dans la thèse de Graf v. d. Goltz en 1887; en France la thèse de Lamarre en 1888; deux thèses en 1895, l'une de Héraucourt sur les accouchements précipités de la maternité de Strasbourg et l'autre de Moser sur les accouchements précipités de la maternité de Munich; en 1898, Hellhake publie les cas d'accouchements précipités observés à Wursbourg; Bonnemaïson soutient à Paris sa thèse sur les accouchements rapides et non surveillés et leurs complications; en 1899, thèse de Coliez sur les accouchements inconscients; en 1903, thèse de Kiprof sur les accouchements par surprise; en 1904, thèse de Collet sur l'accouchement spontané rapide et l'expulsion imprévue du fœtus. Enfin, de 1880 à 1904 environ, l'attention des auteurs étant attirée sur le sujet, des observations nombreuses sont publiées dans les périodiques, en particulier dans les Annales d'hygiène et de médecine légale; les points en litige comme la rupture du cordon, l'accouchement dans la posture

debout, la fracture du crâne du nouveau-né dans la chute sont l'objet d'études spéciales. La thèse de Collet resta le dernier travail d'ensemble et l'intérêt soulevé par ces questions a paru décroître brusquement. Il nous a été impossible de relever depuis une observation nouvelle dans les Annales d'hygiène et de médecine légale.

Les cas observés ces temps derniers par M. le professeur Etienne Martin, les observations de M. le docteur Mazel et de MM. Leclercq et Cordonnier, l'actualité particulière des questions concernant l'infanticide et la dépopulation française, nous ont semblé des raisons, suffisantes pour légitimer une nouvelle étude. Nous n'avons pas eu la prétention d'écrire une compendieuse monographie et de faire la lumière sur les nombreuses questions si débattues jusqu'à ce jour. D'ailleurs en médecine légale la conclusion la plus générale et la plus autorisée est inadaptable à certains faits particuliers. On trouvera peu de chiffres dans notre travail ; nous avons beaucoup de défiance envers les statistiques à moins qu'elles ne portent sur de nombreuses années et n'englobent tous les faits de même ordre observés dans un même laps de temps. Nous avons tenté de dégager le point de vue strictement médico-légal du sujet. A l'aide de l'examen critique des publications anciennes et de l'étude attentive de quelques faits récents nous avons recherché l'état d'esprit avec lequel le médecin légiste doit aborder l'examen d'un cas de cet ordre soumis à son appréciation, et la méthode à suivre pour mener à bien l'expertise délicate qui lui est confiée.

CHAPITRE II

DÉFINITION. FRÉQUENCE ÉTIOLOGIE GÉNÉRALE

DÉFINITION. — Les accouchements par surprise sont constitués par un ensemble de circonstances qui fait qu'ils surviennent dans des conditions inattendues, dans un lieu peu ordinaire, dans une attitude exceptionnelle, sans l'assistance médicale.

L'ensemble de ces circonstances constitue la surprise. Cette surprise peut concerner la mère et l'entourage : elle peut porter sur l'accouchement tout entier (quand les phénomènes de la grossesse et du travail ont été mal interprétés) ou sur l'expulsion de l'enfant (cas les plus fréquents). Nous avons laissé au terme d'accouchement par surprise sa signification la plus générale afin de pouvoir étudier et classer les diverses observations publiées sous cette dénomination et présentant un intérêt médico-légal quelconque. Ne tenant compte que de l'accouchement lui-même, nous nous sommes efforcé de distinguer très nettement deux ordres de faits : a) *l'accouchement inconscient qui constitue l'accouchement par surprise vraie*, b) *l'accouchement précipité conscient ou l'expulsion seule constitue la surprise*. Nous avons consacré un article spécial à l'accouchement en état syncopal dont nous précisons plus loin les caractéristiques.

STATISTIQUE. — Ces accouchements par surprise ne sont pas très rares. Klein a pu en quatre ans, de 1813 à 1817, en recueillir 183 cas. Winchel a fait ses observations sur 216 cas. Nous trouvons 37 observations dans la thèse de Koch, 24 dans celle de Reinhart, 37 dans celle de Goltz, 22 dans celle de Moser, 47 dans celle de Hellhake. Bonnemaison cite 82 cas en deux ans à Lariboissière et un an à la maternité, et Kiprof 66 cas en cinq ans à Lariboissière. Si l'on recherche le pourcentage que représentent ces cas par rapport aux accouchements normaux on trouve dans les auteurs des chiffres assez concordants. Winckel a 212 cas sur 12.470 accouchements et il constate dans son mémoire que cette proportion de 1 à 2 pour 100 se retrouve dans les statistiques de Hugenberger, de Hunning, de Reinhart, et de Mattei Koch de Stuggart trouve aussi 1 pour 100. Hellhake dans une statistique portant sur neuf ans, 1,55 pour 100. Kiprof trouve 0,88 pour 100 soit 66 cas sur 7.428 accouchements.

CAUSES PRÉDISPOSANTES. — Faute d'une étiologie plus précise il n'est pas une coïncidence qui n'ait été invoquée pour expliquer les accouchements par surprise. Nous allons envisager dans ce chapitre un certain nombre de causes d'ordre général tenant soit à la mère, soit au fœtus et à ses annexes, soit à des circonstances extérieures. Ces causes n'ont ni la même importance, ni la même fréquence, leur action est des plus incertaines. Cependant nous les résumerons brièvement car il est indiqué d'en tenir compte dans l'appréciation de chaque cas particulier.

Art. 1. — Causes maternelles.

a) **Race. Civilisation.** — Certains auteurs ont soutenu que la parturition difficile était un phénomène acquis par la civilisation. C'est l'avis de Coliez qui prétend également que chez les animaux, les femelles à l'état sauvage accouchent sans douleur, apprivoisées elles perdent cette faculté : la plupart des observations d'accouchement par surprise concernant cependant des femmes civilisées et les explorateurs n'ont jamais remarqué que les accouchements paraissent plus aisés dans les pays barbares que partout ailleurs. Ce qui est certain, c'est que l'on ne sait rien de précis à ce sujet et nous pourrions terminer par ce leit-motiv l'appréciation du rôle du plus grand nombre des causes que nous avons à examiner.

b) **Hérédité.** — L'influence de l'hérédité admise par Caseaux et Auvard rencontre des réserves chez Charpentier et Tarnier, en présence des nombreuses causes qui peuvent influencer l'accouchement. Il semble cependant que les mêmes caractères de lenteur ou de rapidité du travail puissent se rencontrer pendant trois ou quatre générations successives.

c) **Age.** — Charpentier a observé dix accouchements prompts chez de jeunes primipares dont l'une n'avait pas 13 ans. De la Motte a rapporté des cas identiques chez des primipares de 13 à 14 ans et chez des primipares de 48 et 51 ans. Hellhake chez des primipares de 37, 38 et 42 ans.

d) **Nombre de grossesses.** — La multiparité ou la primiparité n'ont d'après Schipora aucune influence sur la sensibilité douloureuse. Hofman considère que l'accouchement rapide s'observe surtout chez les primipares qui peuvent ignorer plus facilement les signes d'une délivrance prochaine. C'est aussi l'avis de Kiprof qui pense que la nulliparité est plus favorable que la multiparité aux accouchements par surprise.

e) **Constitution anatomique.** — Le bassin large paraît à prime abord favoriser l'accouchement par surprise. Celui-ci se rencontrant surtout chez les femmes fortes, l'enfant est habituellement gros. On sera donc dans les conditions ordinaires. Le bassin rétréci peut gêner dans la première partie de l'accouchement mais l'expulsion peut être rapide. On a voulu incriminer le développement des fibres musculaires de l'utérus, la débiscence du col, la forme du vagin, la résistance du périnée.

d) **Etat morbide.** — Les maladies avec perte de la conscience et de la sensibilité agissent comme causes efficientes et nous les envisagerons plus loin. Kiprof pense que l'albuminurie, les vomissements, les souffles cardiaques, la syphilis, en dernier lieu la tuberculose et la bronchite peuvent favoriser les accouchements précipités.

Art. 2. — Causes fœtales.

a) **Présentation.** — La présentation par le siège a été très rarement observée, 3 sur 209 par Winkel, 1 sur

21 par Moser, 2 sur 45 par Hellhake, jamais par Coliez et par Koch. La présentation la plus fréquente est celle qui est la plus favorable, c'est-à-dire la présentation par le sommet. On peut donc dire que la présentation de l'enfant par le sommet est une condition très favorable des accouchements par surprise.

b) **Développement.** — 1. Le *faible poids* du fœtus est une circonstance favorable mais non indispensable. 4.150 gr. dans un cas de Kiprof. 55 pour 100 de plus de 3.000 chez Hellhake.

2. Les *dimensions céphaliques* ont été étudiées par Bonnemaison qui a constaté que dans quelques cas les diamètres pariétaux, occipito-mentonniers, occipito-frontaux et occipito-bregmatiques étaient augmentés. Il résulte de la statistique de Kiprof que dans les cas où le diamètre sous-occipito-frontal est diminué il s'agit de prématurés.

c) **Age.** — Moser et Kiprof trouvent un nombre égal de naissances à terme et de prématurées. Aucune importance en dehors du faible poids.

d) **Nombre.** — Les accouchements gémellaires par surprise sont d'une rareté exceptionnelle. Aucun exemple chez Klein, Moser, Winckel et Hellhake. On trouve cependant quelques observations rapportées par Brochin, Reinhart, Goltz, Strassmann et Braun. Dans ces cas le faible poids est compensé par la dystocie.

e) **Macération.** — La macération a paru agir comme cause favorable. 12 macérés sur 216 cas de Winckel.

Ces accouchements ne présentent aucun intérêt médico-légal.

Art. 3. — Causes annexielles.

a) **La brièveté du cordon** naturelle ou accidentelle, due à la présence de circulaires ou de brides amniotiques peut favoriser l'accouchement par surprise par plusieurs mécanismes. 1) Le placenta tirailé se décolle en partie et provoque une hémorragie suivie de syncope (deux observations de Depaul et Maygrier). 2) L'utérus perpétuellement irrité réagit par des fortes contractions. Certains auteurs admettent que la brièveté du cordon peut retarder le travail et Kiprof dans cinq cas de cordon court n'a observé ni rupture, ni hémorragie, ni syncope maternelle.

b) **La rupture tardive de la poche des eaux** combinée à un travail silencieux pendant la première période prépare, la voie de l'enfant et peut aboutir à un accouchement par surprise, ce qui est réalisé dans les observations de Moser, de Goltz, de Hellhake : d'autre part la minceur des membranes favorisant leur rupture précoce mais combinée à un utérus irritable à un tempérament nerveux de la femme peut prédisposer aussi à un accouchement par surprise.

c) **L'abondance de liquide amniotique** a été considérée comme favorable en cas d'hydramnios, le fœtus pouvant être brusquement chassé, emporté par un flot de liquide. Mais l'hydramnios par la distension extrême qu'il impose à l'utérus affaiblit la contrac-

tion musculaire et favorise les présentations vicieuses ce qui semble réduire l'importance qu'on a pu lui attribuer.

Art 4. — Circonstances extérieures.

a) Etat social. La plupart des cas d'accouchements par surprise se rencontrent chez des filles-mères ou des femmes sans fortune se livrant à des travaux pénibles.

Dans les statistiques, les bonnes et les femmes de chambre occupent le premier rang, viennent ensuite les ouvrières et les ménagères. Les commerçantes ou les bourgeoises sont en très petit nombre. Ces femmes ne veulent interrompre leur travail qu'au dernier moment et prennent tardivement le chemin de la Maternité. D'autres fois ce sera la nécessité de dissimuler leur état qui causera la précipitation de l'accouchement.

b) La marche pour se rendre à l'hôpital ou continuer les occupations journalières paraît accélérer le travail. D'après Kiprof cette opinion paraît prouvée par la coutume obstétricale dans la province d'Astrakan. Dans ce pays on fait marcher sans relâche la parturiente pendant la première période et on ne lui permet de s'asseoir sur le plancher qu'au dernier moment, les bras appuyés sur deux sièges ou deux troncs d'arbre

c) Les secousses des voitures, tramway ou chemin de fer accélèrent le travail. Kiprof rapporte trois accouchements en chemin de fer et trois à la descente du train. Guy de Maupassant a utilisé cet accident,

accouchement dans le train, dans un conte : le chou.

Fog rapporte le fait suivant : le 6 juin 1923, on trouva sur la voie ferrée, au sud de Haslew, un enfant nouveau-né du sexe féminin atteint d'une fracture du crâne, qui succomba six heures après avoir été découvert. L'express avait passé 10 minutes avant, le placenta fut trouvé 17 kilomètres plus loin. Dans le train on ne put mettre en évidence aucune trace de l'accouchement, et on ne réussit pas à identifier la mère. L'auteur conclut que l'on ne peut guère douter que l'enfant ne soit née dans un des cabinets du train. En juillet dernier une ménagère multipare se rendant à la Charité, eut à peine le temps de descendre du tram et de rentrer dans le couloir d'un immeuble de la place Bellecour pour accoucher brusquement.

d) **L'Irritation psychique** causée par une *vive émotion morale* peut déclancher l'accouchement. La belle fille du grand-prêtre Héli accoucha soudainement en apprenant la mort de son mari et de son beau-père. La *frayeur* peut précipiter l'accouchement. Tous les accoucheurs savent, qu'assez souvent, la seule vue du forceps suffit à accroître et accélérer les contractions et terminer rapidement un accouchement qui traînait en longueur.

e) **L'accouchement clandestin** joue un rôle de première importance et sera étudié avec les causes efficientes de l'accouchement précipité.

CHAPITRE III

CAUSES EFFICIENTES

Les causes invoquées précédemment sont loin d'être les plus importantes. Elles ne sont que des conditions favorables mal précisées, ni suffisantes, ni nécessaires. Dans les accouchements par surprise comme dans les accouchements ordinaires *la cause efficiente de l'accouchement c'est la contraction utérine. Cette contraction présente un caractère de première importance : la douleur.* Habituellement les douleurs sont bien caractérisées, par leur apparition, leur durée, leur rythme, leur évolution. Si ces douleurs sont faibles ou absentes, si leur rythme ou leur intensité n'ont rien de typique, la femme peut se méprendre sur leur signification pendant un certain temps et même accoucher inconsciemment. Nous allons suivre la classification étiologique et clinique indiquée plus haut et nous décrirons successivement :

1. *Les accouchements inconscients : par surprise vraie.*
2. *Les accouchements précipités conscients : expulsion par surprise.*
3. *Les accouchements en état syncopal.*

**Article 1. — Accouchements inconscients
ou par surprise vraie.**

Suivant l'état de conscience et de sensibilité de la parturiente, nous ferons une distinction entre l'accouchement chez la femme intoxiquée ou tarée au point de vue mental ou organique (perte de la conscience et de la sensibilité) et l'accouchement inconscient chez la femme saine de corps et d'esprit (conscience et sensibilité normales).

**A. Accouchements inconscients chez des femmes privées
de conscience ou de sensibilité.**

Les états morbides qui peuvent altérer ou détruire la sensibilité ou la conscience d'une femme sont nombreux. Nous citerons l'aliénation mentale, certaines maladies nerveuses, le sommeil naturel ou provoqué, les divers états comateux, certaines maladies aiguës graves, l'agonie.

a) **Aliénation mentale** : « Chez les aliénées, dit Marcé, l'absence de douleurs au moment de l'accouchement s'est présentée à nous d'une façon assez constante pour que nous n'hésitions pas à en faire une loi à peu près générale : il en résulte qu'au terme de leur grossesse elles doivent être surveillées avec un soin particulier puisqu'elles n'éprouvent pas les douleurs qui servent d'avertissement à l'accoucheur ». Cet auteur cite plusieurs cas d'accouchements inconscients chez des mélancoliques. En 1859, à la Société de médecine de Lyon, Berthier rapporte un cas de délire mé-

lancolique déterminé par une grossesse passée inaperçue de tous, même de la mère. Accouchement inconscient. Dans la thèse de Panis on trouve une observation de Montgomery (mélancolie anxieuse) et une autre de Chambeyron (idiote). Coliez rapporte deux cas personnels (délire aigu et folie puerpérale) et un cas de Lannurien (maniaque). Les aliénées représentent donc pour l'accouchement inconscient un terrain de choix où se combinent *l'absence de douleur et le défaut de conscience*.

b) Maladies nerveuses. — Les diverses affections qui agissent sur le système nerveux et produisent une altération de la sensibilité sont susceptibles de modifier la marche de l'accouchement et celui-ci peut survenir à l'insu de la mère.

1) Dans un cas de *paraplégie* rapporté par Chaussier et occasionné par des acéphalocystes qui comprimaient la moelle épinière, l'accouchement se fit sans que la malade s'en aperçut.

2) M. le professeur Commandeur a publié en décembre 1906, dans le bulletin de la Société d'obstétrique, un cas de *myélite tuberculeuse* où l'accouchement se produisit sans que la mère ressentit aucune douleur.

3) Deux cas de *tabès* rapportés par Cohn et Placzkek furent caractérisés par l'analgésie de l'expulsion.

4) *L'hystérie* qui rend quelquefois le travail très douloureux peut aussi s'accompagner d'accouchement presque indolore. Tarnier en a fait la remarque. Pitres a constaté une insensibilité complète des grandes

lèvres, des petites lèvres et du vagin chez les grandes hystériques. Brouardel a publié une observation très intéressante d'analgésie hystérique. Elle concerne une femme mariée à un riche négociant qui, dînant avec son mari et ses deux enfants, sent une gêne vers les parties génitales et se redresse sur le dossier de sa chaise. En deux fois elle entend tomber quelque chose à terre. En se baissant, son mari ramasse deux fœtus de 7 mois. Cette femme avait une anesthésie complète des parties génitales. Les yeux fermés, elle ignorait si on pratiquait le toucher vaginal; les mouvements imprimés à l'utérus n'étaient pas sentis. Les deux premiers accouchements avaient été suivis d'un accès de manie.

5) Ulric, Haller, Hencke, Heister ont observé des accouchements chez des *épileptiques* sans conscience de leur état de parturition.

c) **Sommeil.** — 1. L'accouchement inconscient pendant le *sommeil naturel* de la mère a été admis par certains auteurs. Weil a publié en 1881 un cas d'accouchement en dormant. Panis rapporte dans sa thèse plusieurs faits semblables. Tarnier dit avoir vu une personne bien portante accoucher pendant qu'elle dormait paisiblement. Ce furent les cris de l'enfant qui révélèrent sa naissance. On trouvera dans la bibliographie la référence d'observations identiques publiées par Palfray, Case, Samelson, Montgomery, Leblond. Il est probable que dans la plupart des cas ces femmes accouchèrent sous l'influence d'un état pathologique ressemblant au sommeil; ainsi que cela se produisit

dans un cas de Schultze. Nous ne saurions apprécier plus justement ces faits qu'en citant quelques lignes de Tardieu : « Je conseille, dit-il, au médecin qui serait interpellé en Cour d'assises, sur de pareils faits, de se contenter de faire appel aux souvenirs personnels des jurés, parmi lesquels il rencontrera certainement plus d'un père de famille et de leur demander si, ayant assisté à un accouchement, ils croient sincèrement possible qu'un pareil travail s'accomplisse sans troubler le plus profond sommeil, et s'ils sont disposés à accepter les faits exceptionnels et peut-être même apocryphes que l'on invoque à l'appui des allégations de l'accusée ».

2. Lorsqu'il s'agit de *sommeil narcotique* ou *anesthésique* l'accouchement peut passer inaperçu. Ce moyen a pu être employé dans un but criminel. Tel est le cas de la comtesse de Saint-Gérans (causes célèbres) qui accoucha sous l'influence d'une boisson hypnotique qui lui avait été administrée dans le but de soustraire l'enfant et de s'approprier les biens dont il devait hériter.

3. On a publié beaucoup d'observations d'accouchements inconscients pendant le *sommeil hypnotique*. Une des premières est celle de Pritzel concernant une femme primipare qui, soumise à un entraînement méthodique put accoucher sous l'influence du sommeil hypnotique, sans avoir conscience du travail. Fauconnet, Varnier, Thomas, Auvard et Secheyron, M^{me} Dobrovsky, s'occupèrent de cette étude. On crut pouvoir un moment ériger l'hypnotisation en méthode d'insen-

sibilisation. Inutile de dire que les résultats ne répondirent pas aux espérances et qu'on chercherait en vain une observation concluante.

d) **Coma.** — 1. *Coma alcoolique.* Deneux observa à l'Hôtel-Dieu d'Amiens une femme du peuple qui fut apportée dans un état comateux produit par l'ingestion de liqueurs spiritueuses. Elle accoucha naturellement dans cet état. Ce sommeil se prolongea même quelques heures après. A son réveil la femme toute surprise d'avoir accouché se félicitât d'avoir fait une si belle découverte et promit de s'en servir à l'occasion. Panis et Clay ont rapporté deux autres cas de ce genre.

2. Le *coma éclamptique*, beaucoup plus rare depuis la surveillance médicale de la grossesse, a pu favoriser l'accouchement inconscient. L'expulsion imprévue et la rapidité du travail sont d'observation courante chez les éclamptiques. La délivrance dont la femme n'a pas conscience peut échapper à l'entourage et l'enfant périt asphyxié entre les jambes de la mère. Mauriceau, Rizzoli, Panis, M^{me} de Lachapelle, et plus récemment Becigneul et Menager et bien d'autres encore en ont rapporté des exemples.

3. Le *coma de l'hémorragie cérébrale* peut rendre la mère ignorante du travail : témoins les cas d'Esterle de Novare et de Belluzi.

e) **Maladies graves et femmes agonisantes.** — Duparquet en 1861 et Janssens rapportent chacun un cas où la mère *phtisique* agonisante ne s'est pas aperçue du travail.

Belluzi, en 1863, rapporte un cas où la mère en état de mort apparente par *asystolie* vécut encore 3 mois après l'accouchement. Moutti, Beaudelocque, observèrent des faits de ce genre.

f) **Accouchements post mortem.** — Ces accouchements connus depuis les temps les plus anciens (Saint-Raymond Nonnat, serait né 3 jours après la mort de sa mère) ont vivement frappé l'imagination et suscité de nombreuses études. La question fut mise à l'ordre du jour du Congrès international de médecine légale en 1879. D'après Reiman il ne faut pas admettre une cause exclusive et si dans certains cas où l'accouchement a lieu peu de temps après la mort, l'utérus peut en se contractant expulser l'enfant, il en est d'autres où l'accouchement ayant lieu assez longtemps après, alors qu'il y a putréfaction, les gaz peuvent agir. Il semble enfin qu'il y aurait lieu de tenir compte du développement de la rigidité cadavérique dans le muscle utérin.

B. Accouchements inconscients chez des femmes de conscience et de sensibilité normales.

L'accouchement par surprise vraie demeure-t-il possible chez des femmes de conscience et de sensibilité normales? A priori le fait paraît impossible et cependant la littérature médico-légale est riche de faits de cet ordre. La plupart des observations classiques méritent cependant de sérieuses réserves et ceci pour plusieurs raisons. Souvent ces observations sont peu explicites et incomplètes, d'autres fois leurs auteurs paraissent

avoir montré plus de naïveté que d'esprit critique, toujours enfin la date extrêmement éloignée de leur publication provoque une suspicion légitime. Aussi avons-nous été particulièrement heureux de recueillir une observation de M. le docteur Mazel, professeur agrégé et une observation de MM. les docteurs Leclercq et Cordonnier, leur date récente et l'autorité des auteurs montrent indiscutablement que l'accouchement par surprise vraie chez des femmes saines paraît être une réalité dont il faut tenir compte. Nous y opposerons plus loin les observations de faux accouchements par surprise, d'accouchements précipités par négligence que nous devons à M. le professeur Etienne Martin et qui constituent les cas les plus fréquents de la pratique médico-légale. Nous divisons les observations rapportées en deux classes suivant que la mère ignore ou connaît son état de grossesse.

(a) **Ignorance de la grossesse.**

L'ignorance de la grossesse est une première condition favorable à l'accouchement inconscient. Une femme pourra d'autant plus se méprendre sur la signification des douleurs et du travail qu'à aucun moment elle ne s'est crue enceinte. Elle n'aura pas grand pas à faire, dit Tardieu, si prétendant avoir ignoré sa grossesse elle dit s'être accouchée sans s'en apercevoir. Brouardel a exposé cette question dans son traité de l'infanticide : « Pendant les quatre premiers mois, dit Brouardel, une femme peut ignorer qu'elle est enceinte. C'est un fait d'observation journalière. Il semble plus difficile d'admettre qu'il en soit ainsi pendant toute la

durée de la grossesse : l'absence des règles, les mouvements de l'enfant, le développement du ventre et des seins, les troubles sympathiques de la santé, rendent cette allégation d'une inculpée invraisemblable et cependant les exemples pris parmi des femmes qui n'avaient aucun intérêt à dissimuler leur grossesse ne sont pas très rares ». Tardieu admet la possibilité de l'ignorance de la grossesse pour les jeunes filles primipares ignorantes et pour des personnes qui déjà âgées attribuent la disparition des règles à la ménopause. Vibert pense que c'est seulement quand il s'agit d'une primipare qu'on pourrait admettre dans certains cas que la grossesse a été ignorée jusqu'au bout.

Brouardel raconte l'histoire de la femme d'un employé supérieur d'un ministère, mère de trois enfants, nourrissant le dernier depuis 12 mois et demi et n'ayant aucune raison pour nier une grossesse possible. Le mari de cette femme vint trouver Brouardel vers 2 heures le priant de passer chez lui dans la journée car sa femme avait des douleurs d'entrailles. Il retourna ensuite à son ministère. Le médecin arriva près de la femme à 3 heures. Une demi-heure plus tard l'accouchement était terminé. L'absence des règles avait été attribuée à la lactation et tous les phénomènes d'une grossesse normale avaient été méconnus.

Dans le cas de Woold, une demoiselle de magasin accoucha debout derrière son comptoir d'un enfant qui mourut d'une fracture du crâne produite par la chute. Malade depuis longtemps, elle souffrait de douleurs dans le bas-ventre, la menstruation était irrégulière, elle n'avait pratiqué le coït qu'une fois. Elle rapporta

les symptômes qui survinrent à son ancienne maladie et fut confirmée dans cette idée par un médecin qu'elle avait consulté. Huit jours avant son accouchement celui-ci fit le diagnostic d'hydropysie et la traita en conséquence.

Dans la thèse de Collet on trouve bien d'autres observations de grossesse ignorée d'après Long, Taylor, Rüttel, Wescott, Tanner, Moronval Fœderé.

Observation I (Inédite).

(Communiquée par MM. Leclercq et Cordonnier).

Grossesse méconnue. Accouchement inconscient dans les cabinets. Mort de l'enfant. Présomption d'infanticide. — Non-lieu.

RÉSUMÉ DU RAPPORT. — Le 4 juin 1923 le Docteur Cordonnier, chef des travaux de Médecine légale à la Faculté de Lille est commis par M. X., juge d'instruction, dans les termes suivants :

« Vu l'instruction commencée à l'égard de H. C., 22 ans, confectionneuse à W., inculpée d'infanticide.

« Attendu qu'il importe de procéder à l'examen et à la nécropsie du cadavre de l'enfant dont l'inculpée est accouchée le 2 juin à l'effet de rechercher si cet enfant est né à terme, vivant et viable et de déterminer la cause de son décès.

« Dire si le cordon ombilical a été coupé ou arraché ou s'il s'est déchiré.

« Et attendu que l'inculpée a déclaré qu'elle ne se savait pas enceinte et que la délivrance ayant eu lieu lorsqu'elle se trouvait assise sur le siège des cabinets d'aisances, rue X. à M., le cordon s'est rompu et l'enfant est tombé dans la fosse.

« Dire après avoir examiné la nommée H. C. s'il est possible qu'elle ait pu jusqu'à sa délivrance ignorer qu'elle se trouvait en état de grossesse.

« Et après avoir examiné les cabinets d'aisances, le diamètre

de la lunette, la profondeur du siège, etc... et la conformation de l'inculpée, rechercher s'il est possible que bien qu'au moment de l'expulsion la demoiselle H. C. ait dit avoir le corps fortement cambré en arrière l'enfant ait pu tomber à l'intérieur de la lunette au lieu d'être projeté sur le bord antérieur. »

AUTOPSIE DU NOUVEAU-NÉ. — Le cadavre qui a subi un début de putréfaction est celui d'un nouveau-né à *terme* (poids 3.200 gr., taille 48 cm., cheveux et ongles développés, points d'ossification des fémurs), de sexe masculin. *Il a vécu*, car les poumons ont été largement aérés et les différentes épreuves de la docimasie pulmonaire ont été nettement positives. Il est *mort submergé dans la fosse d'aisance*, car on retrouve des matières fécales jusque dans les plus petites bronches. Le cordon ombilical présente à dix cent. environ de son insertion abdominale une déchirure nette. Il se termine par trois franges d'inégale longueur.

EXAMEN MÉDICAL DE H. C. — La demoiselle H. C. fait les déclarations suivantes : « J'ai eu un *seul rapport sexuel* avec mon fiancé, lors de la foire de L., c'est-à-dire au début de septembre 1922. Environ un mois après j'avais des douleurs d'estomac et suis retournée chez moi à W., j'ai toujours été *mal réglée* et mes époques étaient tantôt avancées de quelques jours et plus souvent retardées de quinze jours et même plus. A W., j'ai été soignée environ quinze jours après mon arrivée par le docteur C., qui m'a dit que j'étais anémiée et atteinte d'une maladie d'estomac.

Vers le milieu de novembre, ce docteur diagnostique une appendicite et me conseilla une intervention que j'acceptais Je fus opérée chez moi le 21 novembre par le docteur L., assisté du docteur C.

Environ quinze jours après, comme je souffrais toujours de l'estomac je suis allé voir le docteur C., qui m'ordonna des cachets de fer et des viandes saignantes. Le *Docteur C., me visita plusieurs fois durant ma maladie et ne m'a jamais dit que j'étais enceinte.*

Je l'ai vu pour la dernière fois il y a un mois jour pour jour. J'ai dit au Docteur que mon ventre avait beaucoup grossi et que par moment j'avais une grosseur qui me remontait vers l'estomac et m'étouffait ; le docteur m'a dit que c'était l'intestin et que les troubles que je ressentais étaient les conséquences de mon intervention.

Vendredi dernier, 2 juin, vers quatre heures de l'après-midi, j'ai ressenti de violentes coliques qui me prenaient par intervalles. Ces coliques ont été en augmentant d'intensité jusque vers huit heures du soir. Pendant ce temps ma mère m'a mis des compresses chaudes sur le ventre et sur l'estomac. J'ai perdu un peu de liquide blanchâtre.

A ce moment *éprouvant le besoin d'aller à la selle* je me suis levée et suis allée m'asseoir sur les cabinets. J'ai senti que quelque chose me pesait au bas-ventre. J'ai souffert beaucoup, j'étais très faible et m'appuyais le dos dans le coin des murs des cabinets. J'ai cru que j'allais aller à la selle et ai expulsé au milieu de très fortes douleurs un grosse masse qui est tombée dans les cabinets.

Après cette expulsion, une grande quantité de sang s'est épanchée sur la planche des cabinets et par terre. A ce moment j'ai appelé mes parents qui m'ont transportée dans mon lit et ont appelé immédiatement le docteur C.

Ce dernier m'a dit que je venais d'accoucher et a pratiqué au bout d'un quart d'heure la délivrance. Mon père est allé rechercher le produit que j'avais expulsé, aussitôt que le docteur lui a dit que j'avais accouché et a trouvé un enfant noyé dans les matières fécales. J'affirme que pendant toute la durée de cette grossesse j'ai toujours cru que les malaises que j'ai éprouvés étaient les conséquence de mon intervention et j'avais d'autant plus de raisons que jamais le docteur qui m'a soignée ne m'a laissé soupçonner une grossesse possible. »

L'examen général de la demoiselle H. C. montre que celle-ci est un peu anémiée comme toutes les femmes qui viennent d'accoucher. Elle ne présente pas de fièvre et dit ne pas souffrir. Le ventre est souple et présente sur la face latérale

droite une cicatrice violacée de 16 cent. de longueur, oblique de haut en bas et de dehors en dedans et située dans la fosse iliaque droite. Il y a des pertes lochiales assez abondantes mais de couleur et d'odeur normales.

La demoiselle H. C. est normalement constituée au point de vue physique, elle ne présente aucune malformation du bassin ni des organes génitaux.

EXAMEN DES CABINETS D'AISANCE. — Les cabinets sont situés dans le jardin, à 10 mètres environ de la maison d'habitation. Ils se trouvent dans le coin d'un petit hangar. La planche est percée d'un orifice circulaire de 27 cent. de diamètre. Cette planche se trouve dans le coin gauche du hangar. Entre l'orifice de la lunette et les deux murs il y a une distance de 20 cent. d'un côté et de 15 cent. de l'autre. La distance qui sépare le niveau de la lunette et celui de la matière est de 90 cent.

DISCUSSION. — I. Il résulte des faits constatés à l'autopsie du nouveau-né expulsé par la demoiselle H. C. que cet enfant est né à terme, vivant et viable et que la cause de son décès peut être attribuée à une submersion dans les matières fécales.

II. Il résulte des dires de la demoiselle H. et de son entourage qu'il est possible qu'elle ait ignoré l'état dans lequel elle se trouvait. En effet elle n'avait pas l'attention attirée sur l'époque de sa menstruation par le fait qu'elle dit avoir été réglée irrégulièrement avant la conception. Au moment de l'intervention chirurgicale le développement de l'utérus était tel qu'il a passé inaperçu au chirurgien et à son aide. Après l'intervention, elle a bien remarqué que son ventre augmentait de volume, que parfois elle sentait une masse se déplaçant vers la gauche de son abdomen et lui créant de la dyspnée mais elle a, dit-elle, toujours cru, suivant l'avis de son médecin, que c'était la masse intestinale qui augmentait de volume et lui créait ces malaises.

III. Il résulte de l'examen des lieux d'aisance (étant donné le diamètre considérable de la lunette et la distance qui sépare cette lunette des murs de soutien) que l'accouchement a pu se

produire dans la position alléguée par la demoiselle H. C.

CONCLUSIONS. — 1. La demoiselle H. C. a accouché le 2 juin 192 , d'un enfant de sexe masculin à terme, vivant et viable. Cet enfant est mort à la suite d'une submersion dans les cabinets d'aisance.

2. Le cordon ombilical a été arraché.

3. Il n'est pas impossible, d'après les circonstances de la grossesse, que la demoiselle H. C. ait pu ignorer l'état dans lequel elle se trouvait.

4. L'examen des cabinets d'aisance montre que l'accouchement était possible en ce lieu et l'enfant expulsé a pu tomber directement dans la fosse.

De nombreuses raisons ont donc été invoquées pour justifier l'ignorance de la grossesse. Elles sont habituellement combinées entre elles et quelquefois la femme paraît être de bonne foi. On ne peut avoir la rigueur de l'ancien code pénal Prussien qui n'admettait pas qu'une femme put ignorer sa grossesse après le septième mois. Il nous reste à essayer de préciser la valeur de ces diverses excuses.

a) *Primiparité et ingénuité de la mère.* — Il doit être des plus exceptionnels à l'heure actuelle qu'une jeune fille ait des rapports sexuels sans en connaître les conséquences éventuelles. La société moderne contient peu d'Agnès et à moins de circonstances morales tout à fait particulières ou d'un certain degré de débilité mentale de la mère, c'est une excuse qui n'a pas beaucoup de valeur. Il faut considérer que c'est surtout dans le peuple que se recrutent les accouchées de nos observations. La promiscuité des ateliers et des offices

remplace largement les rudiments d'éducation sexuelle auxquels on voudrait faire place dans l'enseignement primaire ou secondaire. De plus, toute femme étant naturellement curieuse, à moins d'une grossesse tout à fait silencieuse, les troubles sympathiques de la santé doivent bien inciter la femme enceinte à se renseigner sur les phénomènes bizarres et nouveaux qu'elle éprouve et lui faire songer au moins à la possibilité d'une grossesse.

b) *La méconnaissance de la grossesse par le médecin* a une grande importance et ce n'est pas aussi rare qu'on pourrait le penser. N'a-t-on pas cité des accoucheurs distingués qui ont confondu la grossesse avec un fibrome, un kyste de l'ovaire, de l'ascite, de la péritonite tuberculeuse, de la métrite. Tout récemment encore dans la région lyonnaise une affaire de ce genre eut un certain retentissement par la question de responsabilité médicale qu'elle avait soulevée. La mère doit toujours bénéficier du doute créé par cette excuse.

c) Lorsqu'un *coût unique* a été pratiqué il semble bien que la femme puisse se méprendre plus aisément sur la valeur de son acte. Il est assez fréquent d'entendre dire que « la première fois ça ne risque rien ». On trouve dans Casper l'histoire d'une jeune fille qui avait un ventre énorme et soutenait qu'elle n'était pas enceinte, racontant seulement que le baron N. qui l'avait reconduite à la maison et auquel elle s'était livrée une fois, lui avait assuré que la première fois n'avait pas de suite.

d) *La conception après une longue période de stérilité, la conception dans l'âge de la ménopause ou après la ménopause* fournissent, d'après Tardieu, la plus grande proportion de cas de grossesses ignorées. Dans un cas cité par Taylor la femme n'avait pas été enceinte depuis 19 ans. Coliez cite un cas du D^r Paris, de Marseille, concernant une femme mariée depuis 8 ans, désirant vivement un enfant et parvenue à la fin de sa grossesse sans s'en apercevoir.

e) *La confusion avec un état pathologique* relativement fréquente (Tanner, Wold), explique la suppression des règles. D'autres fois l'irrégularité habituelle des époques menstruelles empêche de tenir compte de leur disparition. Certaines femmes enfin continuent à être réglées pendant leur grossesse.

f) *La fécondation en état d'inconscience* (sommeil, intoxication, etc.) constitue enfin une cause de grossesse méconnue.

(b) **Grossesse connue et accouchement inconscient.**

La connaissance de la grossesse est plus difficilement compatible avec la possibilité d'un accouchement inconscient. En effet une femme se sachant enceinte cherche habituellement à se rendre compte de la date approximative de l'accouchement et aussitôt qu'elle ressent quelques symptômes précurseurs du travail, requiert l'assistance nécessaire. Cependant, si pour une raison quelconque, la date de la gestation est inconnue, si les douleurs sont mal interprétées ou

absentes on pourrait encore avoir dans certains cas des accouchements inconscients ou par surprise vraie. C'est ici que nous devons préciser les conditions indispensables à notre avis pour qu'il s'agisse vraiment d'accouchement par surprise. *Le fait principal est que toute l'évolution de l'accouchement soit inconsciente et que seule la présence nouvelle et inattendue de l'enfant apprenne à la mère ce qui vient de se passer, quelquefois même la mère continue à ignorer son accouchement.* La mère se serait-elle rendu compte un instant seulement de l'imminence de l'accouchement, du moment surtout qu'elle se sait enceinte, il ne faut plus parler d'accouchement inconscient mais d'accouchement précipité. Nous étudierons plus loin ce second groupe et nous verrons quelles sont ses causes et ses caractéristiques. On trouvera plusieurs observations de M. le professeur E. Martin. A prime abord on pouvait penser à des accouchements à l'insu de la mère — et il ne s'agissait que d'accouchements précipités par négligence terminés par la mort criminelle de l'enfant. Il est capital de distinguer l'accouchement inconscient par surprise vraie de l'accouchement précipité, conscient, trop voisin dans les auteurs. Dans le premier cas la responsabilité de la mère est complètement dégagée. Nous essaierons de démontrer que *dans les accouchements précipités par négligence même lorsque la mort de l'enfant est indépendante de toute intention criminelle, la responsabilité de la mère entre en jeu.*

Il nous reste à rechercher les observations d'accouchement par surprise vraie concernant des femmes

saines connaissant leur grossesse. Quoique assez nombreuses, nous n'en citons qu'un tout petit nombre car elles nous ont paru mériter beaucoup de réserves. Les raisons invoquées pour les justifier peuvent être vraies et donner le change à la mère au début de l'accouchement. Nous sommes persuadé que la persistance des symptômes doit tout de même intriguer la mère et l'inciter à penser qu'il pourrait s'agir de l'accouchement. Si c'est une femme de bonne foi, n'ayant aucun intérêt à dissimuler son état, il doit bien lui rester les quelques instants nécessaires pour prendre le minimum de précautions qui permettra à un enfant attendu et désiré de n'être pas victime de cette expulsion inattendue.

Bidon a publié en 1903, dans le *Marseille Médical*, une observation d'accouchement inconscient extrêmement intéressante parce qu'elle concerne une femme mariée, heureuse de sa grossesse et attendant avec joie son enfant. Cette femme pensait accoucher fin mars 1900. Fin février elle rendit dans la journée une grande quantité de liquide par la vulve. Primipare mal renseignée, elle ne s'en inquiète pas et se met au lit sans autre incident. Réveillée à minuit par une pressante envie d'uriner elle se lève, urine et continue cependant à ressentir une sensation très supportable de pesanteur dans la région pubienne. Elle se prépare à se recoucher, s'approche du lit, appuie un genou fléchi sur le matelas et fait un effort pour y monter. A cet instant elle accouche brusquement sans s'en rendre compte d'un fœtus qui tombe sur la descente

de lit, le cordon rompu, l'enfant criait faiblement et tout suivit dès lors pour lui et pour la mère le cours le plus normal. Le nouveau-né était petit et avant terme. La mère bien développée, vigoureuse, avait un thorax et des hanches larges. Elle n'avait jamais été malade et ne présentait aucun signe d'épilepsie, d'hystérie, de vès-anie, d'intoxication quelconque.

Dans l'observation de Brochin, parue dans la *Gazette, des hôpitaux*, en 1854, une secondipare enceinte et à terme se lève pour faire du thé ayant des coliques qu'elle croit occasionnées par des vents. Au moment de se recoucher elle sent un corps volumineux entre ses cuisses et la garde à qui elle fait part de cette impression n'est pas peu surprise de trouver la tête d'un enfant pendant hors de la vulve et qui achève de se dégager pendant que la mère remonte dans son lit, quelques instants après un deuxième enfant venait au monde sans plus de difficultés.

Deux cas rapportés, l'un par Budin, l'autre par Leblond, dans les *Annales de Médecine légale* présentent beaucoup moins d'intérêt car la fille avait manifestement intérêt à dissimuler sa grossesse et son accouchement.

En, 1891 Laugier rapporta un cas d'accouchement inconscient à la Société de Médecine légale. Il concernait une multipare qui accoucha sur un vase de nuit à la maison de Nanterre, croyant satisfaire un besoin impérieux de défécation. Dans la discussion qui suivit, Descourt s'exprima de la façon suivante et nous ne sommes pas loin de partager son avis : « Je ne crois pas qu'on puisse appeler un tel accouchement incons-

cient, car je ne me figure pas qu'une femme puisse ne pas se rendre compte du passage de la tête fœtale à travers l'orifice vulvaire. S'il y a inconscience au début, elle disparaît en tous cas bien vite ».

Observation II (Inédite).

(Communiquée par M. le docteur Mazel).

Grossesse connue. Accouchement par surprise dans les cabinets. Mort de l'enfant. Suspicion d'infanticide. Non-lieu.

RÉSUMÉ DU RAPPORT. — Le 11 avril 1920 le docteur Mazel est commis par le Procureur de la République à Lyon à l'effet de :

« Après transport sur les lieux à C..., procéder :

« 1° A l'examen de la demoiselle M. C. domestique chez F. qui est accouchée hier vers 15 heures ;

« 2° A l'autopsie du cadavre d'enfant du sexe masculin retiré des cabinets d'aisance de la maison F.

« Faire toutes constatations utiles et nous indiquer s'il y a eu réellement crime. »

EXAMEN DE LA DEMOISELLE M. — La demoiselle M. fait au docteur Mazel les déclarations suivantes : Agée de 21 ans ; enfant naturelle, légitimée à l'âge de 12 ans, elle est placée depuis le 1^{er} août de l'année précédente chez les époux F. Elle a toujours été bien portante. Antérieurement à sa grossesse récente, elle n'a jamais eu d'accouchement ni de fausse couche. Pour sa grossesse récente qu'elle n'avait cachée ni à ses patrons, ni aux personnes de son entourage, elle avait consulté à trois reprises le Docteur L., de la Demi-Lune. L'accouchement était prévu pour la période du 15 au 30 avril, les couches devaient avoir lieu à la Charité. A l'appui de ses dires la demoiselle M. présente un certificat du docteur L. authentifié par le timbre de la Mairie de C. Le départ pour la Charité devait avoir lieu le 12 ou le 13 avril.

L'accident serait survenu le 10 avril, à 3 heures du matin, dans les conditions suivantes :

Le 9 avril, elle avait travaillé comme de coutume et s'était couchée à 21 heures. A 22 heures elle rend une partie de son repas, puis, éprouvant des coliques, elle va au cabinet d'aisances où elle a une selle liquide. S'étant recouchée elle ne peut s'endormir car elle éprouve des douleurs abdominales un peu plus vives que celles auxquelles elle était sujette depuis plusieurs semaines mais pourtant supportables.

Attribuant ces douleurs à des coliques elle se rend à nouveau un peu avant 3 heures du matin au cabinet d'aisances ; assise sur le siège, les mains sur les genoux, sans avoir fait d'efforts de défécation particulièrement prolongés ou violents elle expulse brusquement une masse qui tombe au fond des cabinets. Cette expulsion ne s'accompagne pas d'une douleur très accusée.

Comme elle n'avait pas beaucoup souffert, comme son abdomen n'avait pas sensiblement diminué de volume elle crut avoir fait les eaux et remonta se coucher au bout d'une dizaine de minutes sans trop de peine. Elle ne dort pas, elle présentait un tremblement dans les membres inférieurs mais ne souffrait que très peu. A 3 h 30 elle s'aperçoit que sa chemise et son drap sont mouillés et dans l'obscurité elle ne peut reconnaître la nature exacte de cette perte. A 5 heures du matin, entendant ses patrons elle les appelle et leur explique ce qui s'est passé. Elle constate à ce moment que son ventre a sensiblement diminué de volume. Un médecin est alors appelé, il déclare qu'il y a eu accouchement et le placenta et les membranes n'ayant pas été expulsés spontanément il pratique la délivrance.

L'examen médical permet de constater l'ensemble des signes caractéristiques d'un accouchement récent.

EXAMEN DES CABINETS D'AISANCES. — Les cabinets d'aisances sont annexés à un bâtiment lavoir situé en bordure de la route dans un jardinet et distants de la maison d'habitation de 12 mètres environ. Le siège est composé de deux planches de

bois, l'une verticale, de 50 centimètres de hauteur, l'autre horizontale, cette dernière est percée d'un orifice losangique qui mesure 27 centimètres dans le sens transversal et 30 centimètres dans le sens antéro-postérieur.

AUTOPSIE DU NOUVEAU-NÉ. — Le cadavre est celui d'un nouveau-né du sexe masculin, encore recouvert de matières fécales malgré un nettoyage antérieur. Il est à terme ou près du terme (poids 3 kilos 100, taille 51 centimètres, cheveux et ongles développés, points d'ossification des fémurs). Aucune lésion traumatique. Pas de bosse séro-sanguine, la putréfaction n'est pas commencée. L'enfant a respiré, peu à l'air libre pendant un temps très court et surtout dans le contenu de la fosse d'aisances. En effet les poumons n'ont qu'incomplètement respiré, ils contiennent peu d'air, et surtout des matières fécales.

DISCUSSION. — I. *État de la demoiselle M.* — Les constatations faites chez la demoiselle M. au niveau des organes génitaux externes, de l'utérus, de la paroi abdominale et des seins établissent que cette personne est accouchée à une date très rapprochée (48 heures environ) de notre examen.

II. *Sexe. Age du nouveau-né. Causes de la mort.* — Il s'agit d'un nouveau-né du sexe masculin, à terme ou près du terme, bien conformé et viable. La mort est due à la submersion dans les matières fécales.

III. *Y a-t-il eu crime?* — L'enfant est tombé vivant dans les fosses d'aisances puisqu'il a fait dans ce milieu spécial des mouvements respiratoires. Ce fait joint à l'absence de toute trace de violence permet d'écarter l'hypothèse d'un infanticide suivi de submersion de l'enfant.

Mais la chute de l'enfant vivant doit-elle être attribuée à une précipitation criminelle ou comme l'indique la mère à un accouchement par surprise? La réalité d'un accouchement par surprise ne se démontre pas médico-légalement, l'expert peut simplement indiquer pour chaque cas particulier si cette modalité est possible ou impossible.

En l'espèce, l'hypothèse d'un accouchement par surprise paraît acceptable et plausible; sans parler des preuves morales (grossesse avouée et surveillée par un médecin, dispositions prises pour que les couches soient faites à l'hôpital) qui ne sont pas du domaine médico-légal on peut considérer comme en faveur de l'accouchement par surprise : l'absence de bosse séro-sanguine (indice d'un accouchement très rapide), la rupture du cordon au niveau de son insertion placentaire, les dimensions plutôt en dessous de la moyenne de la tête de l'enfant, enfin la disposition des cabinets d'aisances et les dimensions de leur lunette.

CONCLUSIONS. — 1° La demoiselle M. C. est tout récemment accouchée ;

2° Le cadavre retiré de la fosse d'aisances des époux F. est celui d'un enfant du sexe masculin, arrivé à terme ou à une époque proche du terme, bien constitué et viable ;

3° L'examen et l'autopsie du cadavre ne révèlent aucune trace de violences ;

4° La mort a été causée par la submersion dans la fosse d'aisances ;

5° Les constatations médico-légales ne sont pas contraires aux déclarations de la demoiselle M. : un accouchement par surprise a été en l'espèce possible.

Cette observation a été rapportée à la Société de médecine légale, sous une forme très concise qui ne semble pas avoir rendu exactement compte de certaines particularités importantes, par exemple du fait que la parturiente s'était bien rendue compte qu'il s'agissait non de douleurs intestinales, mais de douleurs liées à l'accouchement prochain. Elle croyait en effet qu'elle avait fait les eaux. Quoiqu'il en soit, elle fut accueillie avec beaucoup de scepticisme par MM. De-

melin et Tissier qui se trouvaient présents. Dans la discussion, M. le Dr Tissier s'exprima de la façon suivante : « Qu'il y ait des accouchements ultra rapides, quelquefois sans grandes douleurs, même chez des primipares à terme, avec un enfant vivant, cela n'est pas à démontrer quoique les exemples soient bien exceptionnels. Qu'il y ait au cours de l'accouchement précipité, rupture spontanée du cordon, cela n'est pas niable. Qu'une femme enceinte prise des douleurs d'expulsion sentant la pression exercée par la masse fœtale sur le rectum, croyant à quelque besoin déficatoire simultanée, demande le bassin ou se dirige vers les cabinets, puis éjecte le produit de conception dans la cuvette, cette éventualité s'est évidemment produite mainte fois. Mais cela concédé, ce serait à mon avis passer les bornes qu'admettre candidement qu'une femme de 21 ans, mentalement à peu près saine, à la fin de sa première grossesse avec enfant vivant de 6 livres et demie, ait accouché sans s'en douter dans les conditions qu'on nous rapporte », et après s'être étonné de l'inconscience de l'expulsion : « Je ne puis que demeurer un peu sceptique et présume que des médecins ayant vécu dans les Maternités n'accueilleront qu'avec hésitation des explications que pour ma part je trouve insuffisamment convaincantes ». M. le Docteur Demelin ajoutait : « Relativement aux intentions et à la responsabilité de l'accouchée en question, je partage entièrement le scepticisme de mon collègue et ami Tissier ».

MM. Demelin et Tissier ont fait entendre la voix d'accoucheurs distingués et autorisés, nous verrons

plus loin que l'opinion des accoucheurs est à peu près unanime. Mais si dans le cas particulier envisageait la question au point de vue médico-légal, il était difficile de démentir absolument les allégations de la mère. En effet, ou il y avait infanticide, la mère ayant volontairement laissé périr son enfant submergé dans la fosse d'aisances, ou l'accouchement avait eu lieu à son insu. En tenant compte de la possibilité d'un accouchement par surprise d'après les auteurs médico-légaux, des circonstances matérielles et morales (grossesse avouée, prévision et préparation de l'accouchement), il est juste de constater que tout plaidait en faveur de la mère.

Si nous tentons de dégager quelques vues générales de ce chapitre des accouchements inconscients nous pouvons admettre une première conclusion : l'accouchement inconscient est possible chez des femmes malades ou intoxiquées. Malgré les observations nombreuses que nous avons rappelées, malgré celles que nous publions il nous est impossible d'être affirmatif en ce qui concerne des femmes saines. *Toutes les observations connues ont un défaut capital et qui suffit à leur enlever une valeur démonstrative rigoureuse : sans exception toutes ont été établies d'après les déclarations des accouchées, alors que la plupart de ces femmes avaient un intérêt manifeste à dissimuler la vérité.* C'est en vain que nous avons cherché un seul cas constaté par un témoin compétent et désintéressé. D'autre part, l'opinion des accoucheurs consultés a été unanime, aucun d'eux n'assista jamais à un accouchement inconscient chez une femme saine et cette seule hypo-

thèse apparaît à beaucoup comme absolument inconciliable avec ce qu'apprend la fréquentation journalière des maternités et une longue pratique obstétricale.

Plus que tout autre, ce chapitre de médecine légale a payé un lourd tribut à une tradition trop respectueuse qui transmet d'ouvrage en ouvrage une série d'observations plus ou moins apocryphes. L'idée très juste en elle-même que la médecine légale vit d'exceptions a permis d'accueillir quelquefois sans réserves suffisantes les histoires les plus surprenantes et les plus extraordinaires.

Que les aliénées puissent accoucher inconsciemment ; que certains accouchements rapides soient funestes à la vie de l'enfant ; qu'une femme en travail ait des besoins illusoires ; c'est entendu. Est-ce suffisant pour qu'on puisse admettre les déclarations d'une parturiente clandestine qui prétend avoir accouché à son insu dans les cabinets, et excuser ainsi la mort de son enfant ? Vraiment nous ne le pensons pas, car *aucun des faits publiés ne présente les caractères scientifiques d'observation et de compétence nécessaires pour en démontrer la réalité.*

Art. 2. — Accouchements précipités conscients.

Expulsion par surprise.

L'inconscience absolue du travail et de l'accouchement caractérise le premier groupe d'observations que nous venons de rapporter. Hormis quelques cas tout à fait exceptionnels, on rencontre rarement ces faits dans la pratique médico-légale. Il est relativement aisé

de mettre hors de cause les femmes tarées au point de vue mental ou nerveux, quant aux femmes saines accouchant inconsciemment on peut les considérer comme pratiquement négligeables. Le mode d'accouchement que nous allons étudier est au contraire beaucoup plus fréquent. Dans ces cas, en effet, la parturiente ne prétend pas que l'accouchement a été inconscient mais qu'il a évolué d'une façon anormale et que tout en connaissant parfaitement son état de grossesse et l'imminence de l'accouchement elle a été prise au dépourvu par l'expulsion inopinée du fœtus. *Ce n'est plus l'accouchement par surprise mais l'expulsion par surprise.* Les raisons ne manquent pas pour expliquer ce mode d'expulsion et tour à tour sont invoquées la rapidité du travail, l'altération de la douleur, l'ignorance de l'époque de la gestation. Nous y joindrons une cause qui nous a paru jouer un grand rôle : l'accouchement clandestin.

a) **Rapidité du travail.** — En compulsant les observations des cliniques obstétricales on trouve un certain nombre d'accouchements évoluant dans un laps de temps extrêmement court, 4 heures, 2 heures, 1/2 heure. Certaines femmes présentent ce phénomène à chacun de leurs accouchements, d'autres fois cette faculté paraît être un privilège familial ou au contraire s'acquérir à la suite de nombreuses couches. Nous ne pouvons donner aucune statistique n'ayant pas de données personnelles et les chiffres fournis par les auteurs étant trop opposés pour mériter d'être retenus.

b) **L'altération des douleurs et leur mauvaise in-**

interprétation qui ont paru causer des accouchements inconscients peuvent certainement déterminer des expulsions par surprise, la femme se rendant compte seulement vers la fin du travail que l'accouchement va se produire.

c) **L'ignorance de l'époque de l'accouchement** favorise beaucoup la fausse interprétation des douleurs de l'enfantement, les départs tardifs pour l'hôpital, la confusion avec les besoins de miction et de défécation, avec des états pathologiques divers.

d) **Besoins illusoires.** — Les accouchements simulant un faux besoin d'aller à la garde-robe et passés inaperçus sont discutables. Très souvent cependant les femmes se présentent à la garde-robe pour satisfaire un besoin de miction et de défécation et, à leur grande surprise, accouchent, d'une façon inattendue.

e) **L'accouchée clandestine** semble avoir une prédilection toute particulière pour l'accouchement précipité. Certes toutes les causes que nous avons énumérées constituent des faits obstétricaux intéressants et indéniables; le médecin expert doit les connaître et rechercher leur possibilité dans chaque cas particulier. Cependant d'une façon habituelle ce ne sont pas ces raisons qui auront amené une expulsion imprévue, privé l'enfant de soins, causé sa mort et conduit la mère chez le juge d'instruction. Il s'agit en général de filles-mères ayant caché avec soin leur grossesse, l'ayant même niée avec énergie aux personnes qui

auraient pu concevoir quelques doutes. Le terme est arrivé : avec un courage étonnant ces filles supportent les douleurs de la dilatation et continuent leurs occupations jusqu'à l'extrême limite de leurs forces. Enfin les douleurs deviennent intolérables et l'expulsion est imminente. Un refuge est devenu nécessaire. Sous un prétexte mensonger elles se retirent dans leur chambre ou dans les cabinets. Ce sont les dernières douleurs de l'expulsion dans un affolement indescriptible. En quelques minutes l'accouchement est terminé. En entendant les cris du nouveau-né la mère perd la tête. La crainte de perdre une place, de déshonorer la famille par une naissance illégitime poussent ces malheureuses aux dernières extrémités. — Dans les cabinets l'enfant est précipité dans la fosse, dans la chambre il est étouffé sous les couvertures. Un certain nombre de faits de ce genre demeurent inconnu, et augmenterait certainement la proportion des accouchements par surprise ! D'autres fois les soupçons de l'entourage s'éveillent, on trouve des traces de sang, ou bien la fille à bout de forces réclame enfin du secours. Dans une première étape la femme va prétendre qu'elle a accouché sans s'en douter ou qu'elle a eu une syncope et toute la gamme des raisons va défiler : ignorance de la grossesse ou du terme, besoins illusoires, enfant mort-né, etc. Les résultats de l'enquête et de l'expertise médico-légale montreront bientôt le peu de valeur des excuses alléguées et provoqueront des aveux. A cet égard les observations suivantes, recueillies en quelques mois par M. le professeur E. Martin, nous apparaissent comme tout à fait démonstratives.

Observation III (Inédite).

(Communiquée par M. le Professeur Etienne Martin).

Accouchement dans les cabinets. Strangulation à la main, Assises. Acquittement.

Le 12 août 1923, M. le professeur E. Martin est requis par le Commissaire de police de X. pour : « Dresser rapport de l'état du cadavre et des causes apparentes du décès d'un enfant né le jour même et trouvé dans les cabinets de l'immeuble portant le n° X, de la rue X, étant expliqué que la mère de l'enfant est la nommée J. C., 19 ans, servante chez les époux P., demeurant dans le dit immeuble et qu'il y a lieu de se rendre auprès de cette dernière à fin de toutes constatations médicales utiles ».

RÉSUMÉ DU RAPPORT ET DE L'ENQUÊTE. — Au moment du transport de M. E. Martin, à X, la fille J. C. est étendue dans son lit et présente tous les signes d'un accouchement récent. Ecoulement sanguin au niveau des organes génitaux, déchirure de la fourchette, fond de l'utérus perceptible par le palper au-dessus de l'ombilic, ligne blanche pigmentée, colostrum au niveau des seins, paroi abdominale flasque et vergetée. La fille J. déclare qu'elle a eu ses dernières règles en décembre 1922, elle a perçu les mouvements du fœtus en mai ou juin. Elle a été prise de coliques progressives dans la nuit du 11 au 12 août, a eu une perte sanguine et après être restée couchée toute la matinée en disant à ses patrons qu'elle avait la grippe est allé accoucher, vers midi, dans les cabinets qui sont dans la cour de la maison. Après avoir constaté que l'enfant était mort, elle a rompu le cordon avec les mains et précipité le corps dans la lunette du cabinet où il fut découvert par la suite. Les patrons inquiets des allures bizarres de leur domestique et ayant aperçu du sang sous la porte des cabinets n'ont pas tardé à se rendre compte de ce qui s'était produit. Un médecin appelé d'urgence a constaté la mort de l'enfant et pratiqué la délivrance artificielle. La fille J. C. avait caché sa grossesse à ses patrons et à son

entourage et quelques jours auparavant, elle écrivait à sa mère qui avait manifesté quelque inquiétude, et jurait sur la mémoire de son père défunt qu'elle était digne de toute son affection et n'avait rien à se reprocher.

AUTOPSIE DU NOUVEAU-NÉ. — La caisse envoyée à la morgue contenait deux linges de toilette entourant le placenta, les membranes et un fragment de cordon à l'extrémité libre effilochée. Le cadavre était celui d'un nouveau-né du sexe masculin, encore recouvert d'enduit sébacé et de sang. Le poids était de 2 k. 730 g., la taille 48 cent., les diamètres craniens de 11,5 pour l'O. F. et de 9 pour les bi-pariétaux, les ongles et les cheveux étaient développés, les points d'ossification des fémurs mesuraient 3 mil. environ. — On notait un piqueté hémorragique léger des conjonctives. Le cordon était arraché à 20 cent. de l'ombilic sans trace de ligature.

Les diverses docimasies étaient positives et décelaient la trace de l'air dans les poumons et l'estomac.

Au niveau du cou avaient lieu les constatations les plus intéressantes et nous citons le texte du rapport : « Je constate au niveau du cou les traces de violences suivantes : la partie antérieure du cou un peu au-dessus de la fourchette sternale présente une coloration ecchymotique noirâtre. Sur la partie droite de la ligne médiane je relève quatre excoriations ecchymotiques de la peau faites par des coups d'ongle, disposées sur une même ligne, oblique de gauche à droite.

L'orientation des excoriations en forme de croissant est la convexité en haut, les excoriations ont les dimensions suivantes : 11 mil. pour les plus nettes, 3 et 4 mil. — A gauche de la ligne médiane se trouve une excoriation linéaire de la peau qui a 4 cent. de long. La dissection de la peau du cou montre dans les muscles sterno-hyoïdiens une série d'ecchymoses confluentes. Pas d'ecchymose dans les sterno-mastoïdiens, dans les gaines des vaisseaux, ni dans la région rétro-pharyngée. Pas de corps étrangers dans la cavité buccale et pharyngée, une mousse aérée se trouve dans la trachée et les grosses bronches.

CONCLUSIONS. — Ces constatations permettaient d'établir les conclusions suivantes :

1. Le cadavre examiné est celui d'un nouveau-né du sexe masculin à terme et bien constitué.

2. Il a respiré et n'a pas reçu de soins comme le démontre l'état du cordon et de la peau.

3. Le cadavre porte au niveau du cou des traces de strangulation à la main : la mort a été déterminée par l'asphyxie produite par la striction du cou.

Devant ces précisions la mère avouait à l'instruction et confirmait ses déclarations aux assises. Le procureur général demandait une condamnation légère, condamnation de principe, en retenant simplement la suppression d'enfant. Après une plaidoirie brillante, qui se transforma en réquisitoire contre le séducteur, la réponse négative du jury à toutes les questions amenait l'acquittement et la mise en liberté immédiate de l'inculpée.

Observation IV (Inédite).

(Communiquée par M. le Professeur Etienne Martin).

Accouchement dans les cabinets. Suffocation criminelle. Assises. Acquittement.

Le 14 janvier 1924, M. le professeur E. Martin est requis par le Commissaire de police de V. à l'effet de : « Examiner le cadavre du nouveau-né de sexe féminin trouvé mort dans les cabinets du sieur B., 9, rue X, à V. La mère de l'enfant, la demoiselle P. T., 34 ans, accouchée clandestinement a été transférée à l'hôpital de la Charité. L'accouchement a eu lieu dans les cabinets, l'enfant est tombé dans la cuvette et n'a été retiré que quelques minutes après.

RÉSUMÉ DU RAPPORT MÉDICO-LÉGAL ET DE L'ENQUÊTE. — Il s'agit d'une fille de 34 ans primipare, qui a caché sa grossesse à ses patrons et à son entourage. Ses dernières règles ont eu lieu en

avril. Les douleurs l'auraient prise le 12 janvier, à 11 heures du soir. Vers 2 heures du matin rupture de la poche des eaux. A ce moment ses patrons l'entendant gémir dans sa chambre lui demandent ce qui se passe. Elle répond qu'elle a de l'entérite et des coliques. On l'installe près des cabinets, au voisinage d'un phare. Elle reste couchée jusqu'à 6 heures du matin puis entre dans les cabinets où elle reste 1/2 heure. Le patron frappe à la porte et demande : « Que faites-vous donc ? — Je me frotte le ventre avec un baume, répond-elle. — Lorsque le patron se décide à ouvrir la porte, il trouve le cabinet rempli de sang, le nouveau-né dans un bassin à terre et la délivrance sur le sol. La femme raconte alors qu'elle a été surprise au moment où elle est allée aux cabinets. Elle a cru satisfaire un besoin et a accouché brusquement, l'enfant est tombé dans la cuvette dont le fond contient toujours 4 à 5 centimètres d'eau, le cordon se serait rompu. Elle a retiré presque aussitôt l'enfant qui n'a pas crié, 20 minutes après la délivrance est venue.

AUTOPSIE DU NOUVEAU-NÉ. — Le cadavre est celui d'un nouveau-né du sexe féminin, le poids est de 2 kilos 650, la taille 48 cent. On note les diverses caractéristiques du nouveau-né à terme, ongles, cheveux, points d'ossifications. Diamètres céphaliques : ant-post 10,5, bi-parietal 8 cent. La peau est couverte de sang et d'enduit sébacé. Le cordon adhérent au cadavre a une longueur de 15 cent., à l'extrémité les membranes sont effilochées sur 4 à 5 cent. Rien au niveau du cou. Sur les conjonctives palpébrales et oculaires on trouve quelques ecchymoses discrètes. Les diverses docimasies sont très nettement positives et montrent la présence d'air dans les poumons et l'estomac, le foie est congestionné et saignant.

La dissection du cou montre dans la région sous-maxillaire du côté droit une ecchymose constituée par du sang coagulé qui englobe la glande sous-maxillaire. En arrière d'elle un orifice qui s'ouvre dans la cavité buccale.

L'examen de la bouche et du pharynx montre qu'un doigt a été introduit dans la bouche du nouveau-né : en effet se trouve sur la voûte palatine une excoriation de la muqueuse un peu

au-dessus de la luette. De plus, le pharynx est rempli de sang qui provient de l'enfoncement du plancher de la bouche à droite de la langue, et d'une déchirure de la muqueuse à droite du pilier droit du voile du palais.

La dissection du cuir chevelu montre des ecchymoses parsement le tissu cellulaire sous épieranien et une bosse séro-sanguine assez importante à la partie postero-supérieure du crâne. Ni fracture, ni fêlure des os du crâne.

CONCLUSIONS. — 1. Le cadavre examiné est celui d'un nouveau-né du sexe féminin à peu près à terme et viable.

2. Il n'a pas reçu de soins comme le démontre l'état du cordon et de la peau.

3. Il a respiré. La mort résulte de la suffocation produite par l'introduction d'un ou deux doigts dans la bouche et le pharynx qui ont occasionné les lésions caractéristiques de la muqueuse buccale et l'oblitération des voies respiratoires supérieures d'où suffocation.

L'affaire se terminait devant les assises où la mère persistait à nier ses intentions criminelles. L'avocat montrait une ingénieuse érudition médicale, et soutenait que le doigt introduit dans la bouche loin de poursuivre un but criminel avait pour objet de débarrasser l'arrière-gorge des mucosités qui l'obstruaient ! Sollicitude combien tardive ! La femme était évidemment acquittée.

Observation V (Inédite).

(Communiquée par M. le professeur Etienne Martin).

Accouchement clandestin. Expulsion dans la station debout, rupture du cordon, chute et mort accidentelle de l'enfant? Caractères criminels des fractures du crâne.

Le 26 juin 1924, M. le professeur E. Martin est requis par M. le procureur de la République à l'effet de « procéder d'urgence à l'autopsie du cadavre de l'enfant, M. A., du sexe

féminin, décédé à l'hôpital de X., le 20 juin 1924, déterminer les causes de la mort, dresser rapport ».

CIRCONSTANCES DE L'ACCOUCHEMENT. — Le 20 juin 1924 arrivait à l'hôpital de X. la demoiselle M., accompagnée de sa mère et d'une sage-femme. Elle déclarait qu'elle venait d'accoucher d'une petite fille qu'elle présentait à la sœur de service. Celle-ci s'apercevait aussitôt que l'enfant était mort et présentait des traces d'une hémorragie au niveau du nez. Ces constatations semblaient surprendre la demoiselle M. ainsi que les personnes qui l'accompagnaient. Invitée à s'expliquer sur les circonstances de sa grossesse et de son accouchement elle faisait les déclarations suivantes : Agée de 17 ans 1/2 elle était devenue enceinte à l'insu de ses parents et leur avait caché avec soin sa grossesse. Elle pensait accoucher dans les premiers jours de juillet, elle n'avait fait aucun préparatif en vue de l'accouchement, mais le moment venu une amie à qui elle s'était confiée devait lui indiquer une maison pour accoucher, et en prévision de cet événement elle aurait mis de l'argent de côté. Le 20 juin, à trois heures du matin, elle commence à ressentir quelques douleurs, mais à huit heures elle se rend néanmoins à son travail. Les douleurs persistent toute la matinée et vers midi souffrant beaucoup elle doit rentrer chez elle accompagnée par une amie. Elle ne dine pas et monte dans sa chambre, tandis que sa mère à qui elle n'a rien avoué prépare une tisane. A peine arrivée dans sa chambre les douleurs deviennent plus vives et tandis qu'elle est appuyée sur le rebord d'une commode et le dossier d'un fauteuil elle expulse un enfant vivant qui tombe à terre, le cordon s'étant rompu, et se met à crier. Dans la chute le crâne aurait précisément porté sur la roulette du fauteuil. Elle se décide à appeler sa mère qui devant ce spectacle inattendu est « comme folle ». Après quelques instants de stupeur, on appelle une sage-femme. Celle-ci donne les premiers soins à l'enfant, mais devant cet ensemble de circonstances bizarres et l'enfant saignant du nez elle conseille le transport à l'hôpital où on arrive vers cinq heures. C'est à ce moment que la

sœur constate la mort de l'enfant. Le chef de service refuse le certificat de décès.

AUTOPSIE DU NOUVEAU-NÉ. — Le cadavre est celui d'un nouveau-né du sexe féminin qui pèse 2.500 grammes. Les ongles sont développés aux mains et aux pieds. Les points d'ossification sont nets. Le corps ayant été conservé dans la glace la putréfaction n'est pas commencée. Le cordon a été arraché à 15 centimètres de l'ombilic. Ligature à 4 centimètres de l'ombilic. On constate une ecchymose sur la bosse frontale gauche de la grandeur d'une pièce de un franc, toute la région temporo-pariétale gauche est le siège d'un œdème fluctuant. A la palpation on perçoit des fractures du crâne au niveau des pariétaux. En aucune autre partie du corps il n'existe des traces de violences. La dissection du cou ne révèle aucune trace de violences. Pas de corps étrangers des voies aériennes supérieures. Les docimasie pulmonaire et gastro-intestinale sont positives et montrent que l'enfant a respiré. Pas d'ecchymoses sous-conjonctivales, ni de taches sous-pleurales ou sous-péricardiques.

La dissection du cuir chevelu montre des ecchymoses avec sang coagulé au-dessus du péricrâne, dans la région pariétale; une bosse séro-sanguine au niveau de l'occipital. Les fractures des pariétaux sont étoilées, elles défient toute description et sont constituées par de nombreux fragments osseux isolés entre des traits de fracture. Le temporal est également fracturé à droite. Il existe une hémorragie méningée surtout marquée à la base du crâne. Dans l'étage moyen on note deux traits de fractures parallèles au-dessus des rochers. Ces traits de fractures à la base du crâne montrent que le crâne a été comprimé latéralement, et les fractures multiples des pariétaux ne paraissent pas avoir été produites par le même mécanisme. Elles sont difficilement explicables par le fait d'une chute du produit de conception sur la tête, l'accouchement s'étant produit debout avec rupture du cordon.

CONCLUSIONS. — 1° Le cadavre examiné est celui d'un nou-

veau-né du sexe féminin ayant huit mois et demi environ de vie intra-utérine ;

2° Il a respiré et vécu quelques heures ;

3° La mort a été déterminée par des fractures du crâne qui ne paraissent pas résulter de la chute du corps sur la tête comme on peut en voir à la suite d'un accouchement debout avec rupture du cordon.

La date rapprochée de cette dernière observation ne nous a pas permis d'en connaître la terminaison judiciaire, qui aura lieu probablement au tribunal correctionnel.

Observation VI (Inédite).

(Communiquée par M. le professeur Etienne Martin).

Accouchement clandestin dans les cabinets d'une fille de 14 ans et demi. Infanticide.

Le 31 mai 1924, M. le professeur E. Martin est requis par le commissaire de police de C., pour procéder à l'autopsie d'un cadavre de nouveau-né transporté à la Morgue le même jour après avoir été retiré des cabinets d'un immeuble de la rue X.

CIRCONSTANCES DE L'ACCOUCHEMENT. — Le commissaire de police a établi dans son enquête que la jeune F. F., âgée de 14 ans et demi, a été prise des douleurs de l'accouchement dans la nuit du 30 au 31 mai. Elle n'aurait pas manifesté sa douleur et serait restée dans l'appartement jusqu'au moment où, dit-elle, elle aurait ressenti le besoin d'aller à la selle. Elle se serait rendue aux cabinets d'aisances vers 8 h. 1/4 et aurait accouché brusquement d'un enfant vivant qui serait tombé dans la lunette. Elle aurait entendu crier l'enfant et l'aurait poussé dans les cabinets au point que la tête engagée elle ne put le retirer. Des voisins arrivèrent à ce moment et bientôt après le commissaire de police. Des tentatives infructueuses furent faites pour extraire le cadavre des cabinets et le commissaire dut faire procéder à la démolition de la lunette pour

pouvoir l'enlever. Nous avons pu examiner la jeune F. à l'hôpital où elle avait été conduite. C'est une fille paraissant une quinzaine d'années, vigoureuse et répondant assez facilement à nos questions. Elle nous raconte son accouchement ainsi qu'il a été rapporté plus haut. Elle n'a eu ses règles qu'une fois et n'a jamais su qu'elle était enceinte. Elle a eu plusieurs fois des rapports sexuels, mais elle ignorait ce qu'il pouvait en résulter. Le 31 mai elle a cru qu'elle avait des coliques pour avoir mangé trop de fruits et a été toute étonnée d'avoir « fait un enfant » qu'elle a cherché aussitôt à faire disparaître. Quelques renseignements discrets nous ont permis d'apprendre que sa conduite et ses propos habituels faisaient preuve de moins de candeur. De plus sa mère était venue plusieurs fois et l'avait chapitrée longuement.

AUTOPSIE DU NOUVEAU-NÉ. — Le corps est celui d'un enfant du sexe féminin à terme et bien constitué (poids 3050 gr. Taille 50 cm. Cheveux et ongles bien développés, points d'ossification de 2 mill.). Le cordon a été déchiré à 50 centimètres de l'ombilic, il ne porte aucune trace de ligature. La rigidité cadavérique existe, l'œil a conservé sa tonicité, la mort est donc récente. Sur la tête, le front, le nez, les joues, la bouche, le menton, on trouve de nombreuses traces de violences constituées par des éraflures parcheminées de la peau par suite de la friction contre un corps rugueux. Sur la nuque, l'épaule gauche, dans le dos, et sur les parties latérales du thorax se voient des éraflures superficielles de la peau et de petites ecchymoses superficielles provenant de pressions. Il en existe aussi au niveau des genoux et des membres inférieurs.

La dissection du cuir chevelu montre de nombreuses ecchymoses sous-épicraniennes, une bosse séro-sanguine très marquée dans la région occipitale. Pas de fracture du crâne, pas d'hémorragie notable au niveau des méninges et du cerveau.

La bouche et le pharynx contiennent du sable et des débris de mortier et de briques qui proviennent vraisemblablement de la démolition des cabinets d'aisances. On n'en trouve pas

dans le larynx, la trachée et l'œsophage. Pas de traces de strangulation au niveau du cou.

La colonne vertébrale a été arrachée au niveau de la première dorsale par les tractions exercées sur le cadavre. Les épreuves de la docimasie pulmonaire et de la docimasie gastro-intestinale sont positives. Le nouveau-né a donc certainement respiré.

Les conjonctives portent un piqueté hémorragique, les plèvres viscérales présentent quelques ecchymoses sous-pléurales, il en est de même sur le péricarde viscéral.

CONCLUSIONS. — 1° Il s'agit d'un nouveau-né à terme et qui a respiré. Il n'a pas reçu de soins ainsi que le démontre l'état du cordon et de la peau ;

2° Les éraflures de la peau notées sur les diverses parties du corps, les ecchymoses superficielles proviennent à n'en pas douter des manœuvres qui ont été tentées pour pousser le corps dans les cabinets et le sortir ensuite. La disjonction de la colonne vertébrale a vraisemblablement la même origine traumatique ;

3° La mort a été déterminée par la suffocation provoquée par l'occlusion de la bouche et du nez qui ont frotté contre la paroi rugueuse des cabinets d'aisances. Ces corps étrangers trouvés dans la bouche et le pharynx y ont été introduits vraisemblablement après la mort au moment de la démolition des cabinets.

La jeune F. F. fut traduite au Tribunal correctionnel des enfants, et acquittée comme ayant agi sans discernement. Depuis elle a été confiée à l'œuvre de la Protection de l'Enfance.

Art. 3. — Accouchement en état syncopal.

Il nous a paru nécessaire de consacrer un chapitre bien individualisé à l'étude de l'accouchement et de la syncope. Les auteurs rangent ce groupe parmi les

accouchements inconscients. Il existe des particularités cliniques et médico-légales qui justifient une distinction. Il est exceptionnel que la syncope survienne tout à fait au début du travail (sauf dans certains cas de traumatisme) et prive immédiatement la mère de conscience de telle façon que l'accouchement survienne à son insu. Le plus souvent la syncope constitue un accident de l'accouchement de telle sorte que celui-ci conscient au début se termine inconsciemment. Que la femme soit une parturiente clandestine, et l'on voit l'extrême gravité de cet accident qui laisse la mère sans secours et prive le nouveau-né des soins indispensables à ses premiers instants. Après un certain temps, lorsque la mère reprend connaissance, elle se trouve étendue dans un mélange de sang et de liquide amniotique. L'enfant enfoui sous les draps ou les vêtements, comprimé par les cuisses de la mère, la bouche au contact du sang, coiffé du placenta, a succombé après de vains efforts respiratoires avec tous les signes de l'asphyxie. L'inculpation d'infanticide est fatale et le médecin expert est appelé à donner son avis sur la vraisemblance des explications de la mère. Ces cas se rencontrent assez souvent (nous rapportons deux observations communiquées par M. le professeur Étienne Martin et un cas rapporté par le docteur Cordonnier) et la syncope est très fréquemment alléguée pour expliquer et justifier l'infanticide par omission.

Fréquence. — Les accoucheurs observent rarement des syncopes soit dans leur clientèle, soit à

l'hôpital. M. le professeur Commandeur a bien voulu nous dire qu'il considérait cet accident comme extrêmement rare et habituellement dû, lorsqu'il se produisait, à une abondante hémorragie.

Les traités d'obstétrique même les plus récents ne donnent que peu d'indications sur une complication aussi importante ; il est curieux de remarquer le rôle de la syncope en médecine légale, alors que cet incident est si rare en pratique obstétricale : « La syncope, dit Demelin, peut se produire quelquefois dans le courant de la grossesse, due à un incident assez banal, mauvaise odeur, émotion, séjour dans un espace confiné. Elle est exceptionnelle pendant l'accouchement physiologique mais peut, dans certains cas, être le résultat d'un accident grave : hémorragie, éclampsie, accident gravido-cardiaque. » Mais alors les causes de la syncope laissent des traces après l'accouchement et il sera possible de déceler une hémorragie abondante ou de constater une lésion cardiaque. Paul Dubois ne croyait pas que la femme put, à la faveur d'une syncope, accoucher sans en avoir conscience. La syncope, pensait-il, est de trop courte durée et a pu être confondue avec un état de stupeur ayant succédé à un état convulsif. Si la syncope est rare dans la pratique des accoucheurs, on pourrait penser qu'elle est favorisée par les conditions particulières de l'accouchement clandestin. Dans ces cas, le résultat de l'accouchement est surtout de mettre la femme dans un état de surexcitation particulière, peu favorable aux tendances syncopales. On a parlé à ce propos d'aberration passagère poussant la femme à des actes

criminels. Actuellement on a fait justice de cette opinion. Une psychose ne dure pas l'espace d'un instant et persiste après l'accouchement lorsqu'elle existe.

Il faut cependant s'incliner devant les faits et la syncope au moment de l'accouchement peut encore se rencontrer en dehors de toute hémorragie et de tout état pathologique. Récemment, en 1924, MM. Leclerc et Cordonnier ont publié un cas dans les Annales de Médecine légale. Il est relatif à une femme de trente ans environ, primipare, qui se croyait enceinte, mais n'ayant consulté ni médecin, ni sage-femme, ignorait totalement l'âge de sa grossesse. Prise de douleurs subites elle se rend aux cabinets, expulse l'enfant et s'évanouit. Elle est trouvée sans connaissance sur le siège des cabinets par sa mère. Les douleurs, la période d'expulsion et l'accouchement n'avaient duré que quelques minutes.

Etiologie. — La syncope peut être due à un traumatisme, à un état pathologique antérieur à la grossesse, à un incident de l'accouchement. Enfin, à la suite de l'accouchement, on peut observer ce qu'on a décrit ces temps derniers sous le nom de choc obstétrical.

a) **Syncopes traumatiques.** — Wildberg cite le fait d'une femme enceinte et à terme qui reçut un coup violent dans le cahot d'une voiture. Elle tomba dans un état syncopal pendant lequel elle mit au monde un enfant mort. Revenue à elle, quelques temps après, elle ignorait complètement son accouchement.

Mas et Hunter dans sa lettre sur l'infanticide rapportent des faits du même genre.

b) Syncopes dues à un état pathologique antérieur à l'accouchement. — Ces cas présentent peu d'applications médico-légales et nous citons pour mémoire la possibilité d'une syncope au cours d'accidents gravido-cardiaques ou chez des femmes anémisées ou épuisées par un long travail.

c) Syncopes dues à un accident de l'accouchement ou de la délivrance. — 1. *L'intensité des douleurs* pourrait provoquer la syncope, il y aurait à ce sujet des observations de Trinchinetti, Mauriceau et Mende. Dans le cas de Trinchinetti, un chirurgien peu expérimenté croyant la femme morte fit l'opération césarienne et la patiente succomba. Nous n'avons pas pu lire l'original de ces observations, mais sans parler de celle de Mauriceau, si dans le cas de Trinchinetti, l'observateur avait le même talent que le chirurgien, on ne s'étonnera pas que nous fassions quelques réserves.

Perrin de la Touche a publié, en 1899, une observation curieuse où la douleur joua certainement un rôle important. Une primipare chétive et bossue, le dégagement ne se faisant pas, pratiqua sur elle-même une épisiotomie avec ses ciseaux de couturière. A partir de ce moment, elle dit avoir perdu connaissance et ne savoir ce qui s'est passé. Au réveil, elle trouva son enfant mort auprès d'elle. L'expert termina ainsi son rapport. Il est admissible qu'une syncope ait pu se produire au moment de l'accouchement dans ces

conditions spéciales et que par suite, l'enfant ait pu succomber à une asphyxie accidentelle entre les cuisses de la mère.

2. *L'hémorragie* reste la cause primordiale et la plus plausible de syncope au moment de l'accouchement. C'est un fait obstétrical bien établi et indiscutable. Otterburg fut appelé pour une hémorragie qui avait résisté à tous les moyens employés, la femme était considérée comme morte et à l'aide d'un forceps, il accoucha une fille vivante. Mauriceau donne quelques observations d'accouchements inconscients pendant une syncope consécutive à une hémorragie. La plupart des accoucheurs pourraient citer des cas de ce genre.

3. *Les syncopes de causes inconnues* méritent une mention spéciale car des auteurs de grande autorité en ont observé un certain nombre d'exemples. Depaul, Maygrier cités par Kiprof et l'observation n° 58 de ce dernier auteur. Il faut y ajouter celle de MM. Leclercq et Cordonnier.

d) **Choc obstétrical.** — On a observé à la suite de certains accouchements des accidents en tous points semblables à ceux qui peuvent survenir après des traumatismes ou des opérations chirurgicales graves. Voici, d'après Dubrysay et Jeannin, leurs conditions d'apparition :

1. Ils succèdent à une grave intervention obstétricale, césarienne, version, forceps et sont tout à fait comparables à ceux qui surviennent en chirurgie.

2. Ils sont déterminés par une grave hémorragie ou l'inertie utérine.

3. On les attribue enfin à la brusque déplétion d'un utérus distendu. Souvent la cause demeure inconnue.

Nous ne pouvons mieux conclure qu'en citant l'opinion d'Hofman, cité par Corin dans une communication sur l'Infanticide par omission faite à la Société de Médecine légale de Belgique, en janvier 1912 : « la possibilité d'une perte de connaissance, d'une syncope pendant ou immédiatement après la naissance ne peut plus être mise en doute aujourd'hui. La situation verticale, de violentes douleurs, une forte émotion, l'évacuation soudaine du contenu de la matrice, une forte hémorragie sont de nature à favoriser la syncope et ces différents facteurs peuvent se combiner plus facilement encore dans les accouchements secrets que dans les accouchements ordinaires. Il ne faut donc pas considérer à priori comme des mensonges ou des exagérations ce qu'une inculpée peut déclarer à cet égard. On peut dire la même chose d'une accouchée disant que pendant un certain temps elle a été dans l'impossibilité de s'occuper de l'enfant ».

Observation VII (Inédite).

(Communiquée par M. le professeur Etienne Martin).

Accouchement clandestin. Etat syncopal déclaré par la femme. En réalité suffocation criminelle. Correctionnelle. 3 mois de prison.

Le 1^{er} janvier 1924, M. le professeur E. Martin est requis par le commissaire de police de X, pour « après visite dresser rapport de l'état de la demoiselle M. M., 19 ans, domestique, hospitalisée à la Charité et procéder ensuite à l'autopsie du corps de l'enfant dont elle a accouché. La demoiselle M. M. a

accouché le 30 décembre, vers 11 heures du soir, dans sa chambre, chez ses maîtres, d'un enfant du sexe masculin. Elle a été hospitalisée à la Charité le 31 décembre, à 11 heures du matin, avec son enfant mort ».

RÉSUMÉ DU RAPPORT MÉDICO-LÉGAL. — EXAMEN DE LA DEMOISELLE M. M. Elle déclare qu'elle a été réglée à 15 ans. Elle serait arrivée à Lyon les premiers jours de mai et aurait eu ses règles pour la dernière fois à cette époque. Elle ne se souvient pas de l'époque à laquelle elle a senti les mouvements du fœtus. Dimanche soir, 30 décembre, elle aurait été prise de douleurs et aurait accouché d'un enfant qu'elle a placé à son côté. Elle prétend qu'elle aurait perdu connaissance et ne serait revenue à elle qu'au moment où le médecin serait venu lui donner des soins.

Elle fut transportée à la Charité, où la délivrance fut expulsée spontanément. Elle est composée du placenta et des membranes complètes d'un poids de 430 gr., un fragment de cordon adhère au placenta, il a 12 cent. de long et a été nettement sectionné. La fille M. était atteinte d'une déchirure complète du périnée qui a nécessité plusieurs points de suture. Au moment de l'examen elle présente tous les signes d'un accouchement récent, lochies, utérus globuleux qui s'élève jusqu'à l'ombilic, vergetures et pigmentation de la ligne blanche. Les seins sont volumineux, pigmentés, la pression fait sourdre par les mamelons un liquide lactescent.

AUTOPSIE DU NOUVEAU-NÉ. — Le cadavre est celui d'un nouveau-né du sexe masculin à terme et bien constitué. Taille 30 cent., poids 3 kilos 300. Diamètres craniens, 9 pour le bi pariétal, 12 pour l'antéro-postérieur. Testicules dans les bourses. Points d'ossification des fémurs développés. Le cordon a été sectionné à 5 cent. de l'ombilic, il est desséché et ne porte aucune trace de ligature. Le corps est recouvert de sang et d'enduit sébacé. Les diverses docimasies sont positives et montrent que le nouveau-né a respiré.

Au niveau du cou on note : 1° un sillon blanc non parche-

miné qui parcourt la nuque et la partie latérale du cou pour s'effacer en des plis irréguliers à la partie antérieure. Ce sillon a les caractères des faux sillons dessinés par les plis de la peau du cou dans le pannicule adipeux des nouveaux-nés.

2° Des ecchymoses localisées à la partie antérieure du corps thyroïde dans la région sous-maxillaire droite et au-dessus de la clavicule droite. Au-dessous de la branche droite du maxillaire on note quatre ecchymoses noirâtres (de 10 à 12 mil. de diamètre), séparées les unes des autres par des intervalles de peau saine. L'incision de la peau découvre dans le derme du sang coagulé. Ce sont des ecchymoses produites par des pressions digitales qui n'ont pas laissé l'empreinte des ongles.

Au devant du corps thyroïde de l'épiderme a été frotté le derme est mis à nu sur une surface de 15 mil. Dans la région sous-claviculaire droite se trouve une ecchymose noire au-dessous de laquelle le derme est infiltré de sang coagulé. La dissection des plans anatomiques du cou montre que le sterno-mastoidien droit est infiltré de sang coagulé dans sa partie inférieure claviculaire.

Les régions carotidiennes ne portent pas d'ecchymoses, pas d'ecchymoses rétro-pharyngée ni de lésions du larynx.

CONCLUSIONS. — 1. Le cadavre examiné est celui d'un nouveau-né du sexe masculin à terme et bien constitué.

2. Il a respiré et n'a pas reçu de soins comme le démontre l'état de la peau et du cordon.

3. Il porte au niveau de la partie antérieure et droite du cou des traces de pression digitales. La mort a été produite par l'asphyxie causée par la strangulation à la main et le défaut de soins.

Malgré la précision de l'accusation, l'inculpée continuait à prétendre qu'elle avait eu une syncope : il était possible qu'en se débattant elle eût comprimé le cou de son enfant. La coïncidence eût été pour le moins bizarre. Devant la chaleur de ses dénégations elle était poursuivie seulement pour homicide par imprudence et l'affaire se terminait en correctionnelle.

Cette solution avait l'avantage de permettre l'application d'une peine minime à la vérité (trois mois de prison) mais préférable en tous points à l'acquittement indubitable de la Cour d'assises.

Observation VIII (Inédite).

(Communiquée par M. le professeur Etienne Martin).

Accouchement clandestin Syncope (?). Suffocation du nouveau-né par manque de soin.

Le 29 février 1924, M. le professeur E. Martin est requis par le commissaire de police de X, pour dresser rapport de l'état du cadavre d'un enfant nouveau-né dont la mère a accouché clandestinement, le 28 février, vers 2 heures du matin, dans une chambre garnie qu'elle occupait depuis 3 jours 22, chemin de M. La mère, F. L., 21 ans, italienne, qui avait caché sa grossesse à sa logeuse a déclaré qu'elle avait perdu connaissance. Au moment de l'accouchement elle n'a appelé personne. Ce n'est que vers deux heures que sa logeuse étant allé dans sa chambre a vu ce qui s'était passé. La fille E. a été transportée à la Charité.

AUTOPSIE DU NOUVEAU-NÉ. — Le cadavre est celui d'un nouveau-né du sexe féminin qui pèse 3.530 gr. La taille est de 31 cent. Le cordon a été arraché à 10 cent. de l'ombilic, il ne porte pas de trace de ligature. Les ongles sont développés aux pieds et aux mains. Il n'existe aucune trace de violences. Sur la conjonctive droite se trouvent plusieurs ecchymoses en pointillé.

La docimasie gastro-intestinale est positive ; non seulement l'estomac mais la plus grande partie de l'intestin contient de l'air. Dans l'estomac se trouve du sang qui a été dégluti et qui a subi un commencement de digestion. La docimasie pulmonaire est également positive.

Les poumons portent sur leur face antérieure des plaques sous-pleurales roses d'emphysème avec quelques ecchymoses

sous-pleurales. Le pharynx est rempli de sang liquide qui a pénétré dans l'oesophage et dans l'estomac et jusque dans la trachée produisant la suffocation. Le cœur présente des cavités remplies de sang liquide. La dissection du cou ne montre aucune trace de violences. La dissection du cuir chevelu montre une bosse séro-sanguine dans la région occipitale. Les os du crâne sont intacts. Les points d'ossification des extrémités inférieures des fémurs sont développés.

CONCLUSIONS. — 1. Le cadavre examiné est celui d'un nouveau-né, du sexe féminin à terme et bien conformé.

2. Il a vécu et n'a pas reçu de soins comme le démontre l'état du cordon et de la peau.

3. La mort résulte de la suffocation déterminée par le défaut de soins. L'enfant a exécuté quelques respirations, la bouche au contact du sang maternel qui a pénétré dans les voies respiratoires et l'estomac.

La nommée F. L. n'a pas été poursuivie.

CHAPITRE IV

COMPLICATIONS DES ACCOUCHEMENTS PAR SURPRISE

Des accidents nombreux peuvent se produire au cours d'un accouchement inconscient ou précipité et même d'un accouchement non surveillé. Nous serons brefs sur les complications qui intéressent la mère et qui constituent l'objet d'une étude plus obstétricale que médico-légale ; nous citerons seules celles qui sont l'apanage plus habituel des accouchements par surprise. Au contraire, les accidents survenant à l'enfant et susceptibles de causer sa mort seront envisagés d'une façon plus particulière.

Bonnemaison dans sa thèse a recherché la proportion des accidents survenus dans les accouchements rapides et non surveillés. D'après les statistiques qu'il a étudiées et celle qui lui est personnelle, il pense pouvoir fixer la proportion des complications à 31 0/0 des cas, 14 0/0 seulement présentant quelque gravité. Collet pense que leur importance a été manifestement exagérée et que le pronostic de ces accouchements diffère peu en somme de celui des accouchements normaux. Reinhart sur les vingt-quatre cas qu'il a observé ne cite ni blessure ni maladie consécutive.

Art. 1. — Complications pour la mère.

Pendant l'accouchement lui-même il peut se produire du côté de la mère des hémorragies, des déchirures du périnée, des ruptures de l'utérus. Pendant la délivrance on peut observer, surtout lorsque l'enfant est expulsé en même temps que le placenta, des inversions de l'utérus ou même l'expulsion complète de la matrice hors du vagin, des hémorragies par décollement prématuré ou déchirure du placenta, des rétentions des membranes ou de cotylédons. Après l'accouchement la mère peut présenter des accidents septiques. La thèse de Bonnemaïson contient des précisions intéressantes sur ces divers sujets. Nous avons insisté assez sur la question des hémorragies et de la syncope pendant l'accouchement et nous dirons simplement quelques mots sur deux accidents qui sont les plus fréquents : les déchirures du vagin et du périnée et l'inversion utérine.

a) Les déchirures du vagin et du périnée constituent un des accidents les plus banaux des accouchements ordinaires et il ne faut pas s'étonner de les rencontrer assez souvent dans les accouchements par surprise. L'enfant descendant avec une grande rapidité, le périnée se rompt avant que son élasticité naturelle ait pu être mise en jeu, et la rupture se produit aussi bien avec un enfant petit et de violentes contractions qu'avec un enfant de volume anormal. Ce qui fait la caractéristique de ces lésions dans les accouchements par surprise, c'est la rupture nette des tissus sains. Les

bords de la déchirure ressemblent à ceux d'une plaie ordinaire, l'aspect en est bien différent de ceux qui s'observent à la suite d'un long travail alors que les tissus longtemps comprimés sont contus, congestionnés, infiltrés.

b) **L'Inversion utérine** peut s'observer lorsque la femme surprise par la douleur accouche debout, que le cordon est suffisamment résistant et le placenta inséré au fond de l'utérus. Elle est encore possible dans toute autre position de la femme, dans les cas de brièveté accidentelle ou naturelle du cordon. Cet accident est très rare. Cazeaux en trouve l'explication dans la différence qui existe entre la direction des axes des détroits supérieurs et inférieurs. Quelques cas ont été rapportés par Collet, Canolle, Pinard.

Art. 2. — Complications pour l'enfant.

Les accidents qui peuvent survenir à l'enfant constituent le principal intérêt des accouchements par surprise et leur étude présente des applications médico-légales intéressantes. Ces accidents relèvent toujours d'un mécanisme identique, la projection brusque de l'enfant hors des parties génitales. Si le cordon se rompt il peut s'ensuivre une hémorragie ombilicale, la chute sur un plan résistant peut déterminer des traumatismes craniens, dans un milieu liquide elle peut amener l'asphyxie du nouveau-né ; enfin si l'accouchement a lieu à l'insu de la mère l'enfant peut périr par omission des soins qui lui sont nécessaires.

La rupture du cordon et les traumatismes craniens étant les accidents les plus graves et les plus fréquents seront d'abord envisagés, nous étudierons ensuite divers accidents plus rares : l'hémorragie ombilicale, les lésions internes, l'asphyxie.

a) **Rupture du cordon.** C'est en grand nombre que les auteurs se sont attachés à l'étude de la rupture spontanée du cordon et nous renonçons à citer tous les travaux parus sur ce sujet. Les études poursuivies ont été les unes cliniques, les autres expérimentales. Les premières recherches sont celles de Négrier qui expérimenta avec des cordons variqueux et non variqueux. La résistance moyenne des premiers était de 3 kilos, celle des autres de 5 à 9 kilos : résultats sans valeur, la pression étant graduellement augmentée au lieu d'une chute brusque. Lamare a cherché à se rapprocher des conditions naturelles en se servant de cordons de quelques heures injectés de liquide. Spæth, Pfannkuch, Holle, Casper ont apporté des résultats discordants. Tantôt le cordon résiste à un poids considérable (11 kilos), tantôt il cède à un poids minime. Quoique se rompant sous l'action d'une force brusquement développée, il peut y résister alors que dans d'autres cas il se rompt dans un accouchement normal. Il semble donc logique d'admettre des causes prédisposantes à cette rupture. On a incriminé la brièveté naturelle ou accidentelle, les circulaires, les points amincis, les varicosités, les spirales, l'insertion vélamenteuse, les adhérences.

Les documents cliniques sont incontestables. Klein,

Winckel, Bonnemaison, Kiprof et bien d'autres ont cité des cas extrêmement nombreux de rupture spontanée du cordon. Le lieu de rupture est variable et dépend du point de moindre résistance. Cette remarque si simple enlève toute valeur aux vérifications qu'on pourrait tenter dans une expertise pour vérifier la force de résistance : le point faible ayant cédé les autres parties pourront supporter l'action d'une force bien supérieure à celle qui a été suffisante pour amener la rupture primitive. La rupture a lieu habituellement près d'une extrémité et la déchirure au milieu de la longueur excluerait, de l'avis de Klein, Briand et Chaudé la possibilité d'une rupture accidentelle(?). La rupture est généralement unique, mais la fragilité de l'organe peut être telle qu'en plus de la surface de séparation, il présente des déchirures partielles plus ou moins profondes. L'extrémité libre est ordinairement effilochée et frangée, cependant la section peut être nette comme aux ciseaux, et Tissier a rapporté à la Société de Médecine légale une intéressante observation de ce genre.

b) Traumatismes craniens et fractures du crâne.
Pendant longtemps les médecins légistes avaient admis d'après Haller que les fractures du crâne ne se rencontrent jamais dans un accouchement naturel et sont par conséquent un signe de violences exercées sur le fœtus. Chaussier, montra, un des premiers, en 1810, que ces lésions peuvent s'observer dans un accouchement spontané, laborieux, lorsqu'il y a disproportion entre les dimensions du bassin et le volume

de la tête. Il est vrai que ce ne sont pas là des conditions favorables à un accouchement par surprise. Sur 183 cas rapportés par Klein, 150 femmes ayant accouché debout, un seul cas de fracture du crâne, aucun accident sur les 24 cas de Reinhart. Siebold, Stolz, Holh, Tardiéu, mettent en doute la possibilité de ces fractures et pensent que le frottement du fœtus contre les jambes ou les vêtements et la rupture du cordon amortiraient la chute de l'enfant. L'opinion contraire a des défenseurs aussi convaincus. Danay, Lelièvre, ont constaté des fractures du crâne dans des accouchements ordinaires.

Wrisberg cite le cas d'une femme ayant accouché subitement dans un marché. Chute de l'enfant sur le pavé par rupture du cordon et mort à la suite de fractures du crâne. Siebold relate un cas identique et Casper deux. Chaussier et Casper ont voulu prouver expérimentalement combien les os minces du crâne se fissurent et se fracturent avec facilité, et pour ceci ils laissaient tomber sur le sol des enfants mort-nés, d'une hauteur de 50 à 60 centimètres : la plupart présentèrent des fractures (12 sur 15 en moyenne). Ces expériences ne sont pas concluantes, car dans la pratique les conditions ne sont pas semblables. On ne peut comparer un cadavre desséché à un fœtus recouvert de parties molles et glissantes. De plus, l'enfant expulsé frappe le sol obliquement et par suite avec moins de violence que dans les expériences de Chaussier, où il tombait verticalement. La conclusion sera que la fracture du crâne par chute de l'enfant est possible, mais rare. Lorsqu'elle existe, la fracture

occupe d'habitude l'os pariétal. Lorsque cet accident se produit il est exceptionnel qu'il entraîne la mort immédiate. Il est même probable d'après Vibert que certaines de ces fractures en forme de fissures restent quelques fois méconnues et se consolident sans que leur existence ait été soupçonnée. De toutes façons lorsque l'autopsie montre un délabrement osseux considérable, il n'y a pas de doutes à avoir et on peut conclure avec netteté à leur origine criminelle.

c) **Accidents divers.** — 1. *L'hémorragie ombilicale.* — Après avoir été pendant longtemps considérée comme le genre de mort le plus fréquent chez le nouveau-né, la rareté de l'hémorragie ombilicale est actuellement admise par tous. Casper ne l'a jamais observée. Elle ne se produisit pas dans un seul des cas de Klein, quoique chez 21 enfants le cordon ait été pour ainsi dire arraché du ventre. L'hémorragie est signalée dans les observations de Koch, de Winckel, de Dupuy, de Bontemps et de Perret. Cet accident est d'autant moins à craindre que le siège est plus loin de l'ombilic et la respiration mieux établie. Généralement elle n'entraîne pas la mort d'une manière rapide, mais au bout de plusieurs heures et même de deux jours, ce qui a conduit Thoinot à distinguer les hémorragies précoces et les hémorragies tardives. L'enfant qui a succombé à l'hémorragie ombilicale présente les signes habituels de l'anémie : téguments décolorés, cœur et vaisseaux plus ou moins vides, viscères exangus. Tardieu considère comme un signe essentiel la décoloration et l'absence du sang dans le foie qui chez le

nouveau-né et à l'état normal est si congestionné et de couleur si foncée.

2. *Le foie*, organe friable, peut être affecté par la chute. Priscus et Bitner cités par Coliez en rapportent deux exemples. Bard et Keim constatèrent une fois des déchirures de la capsule de Glisson.

3. *L'asphyxie* de l'enfant peut être produite par sa projection ou sa chute dans un liquide (eau, sang, liquide amniotique, liquide des cabinets d'aisance), sa séquestration dans un espace confiné, sa suffocation par des mucosités, ou un fragment des membranes. Le défaut de soins peut aussi provoquer l'asphyxie, c'est une terminaison assez fréquente des accouchements en état syncopal et de certains accouchements clandestins. Dans ces conditions il est d'ailleurs à peu près impossible de dire si l'asphyxie résulte d'un accident ou d'une négligence criminelle de la mère, en d'autres termes s'il s'agit d'un infanticide par omission.

CHAPITRE V

CONDUITE DE L'EXPERTISE MÉDICO-LÉGALE

Dans les chapitres précédents nous avons étudié analytiquement la fréquence, l'étiologie, les particularités cliniques et les conséquences que peuvent présenter les modalités diverses de l'accouchement par surprise. S'ils s'agit d'accouchements clandestins suivis de la mort de l'enfant, l'enquête judiciaire et l'expertise médico-légale constituent la terminaison naturelle de ces faits. Nous allons faire une étude synthétique des divers éléments qui permettent au Médecin-légiste de répondre aux questions posées par le Magistrat instructeur. Les questions concernant l'appréciation des cas d'accouchement par surprise peuvent être les suivantes :

- a) *La femme a-t-elle pu ignorer sa grossesse?*
- b) *A-t-elle pu accoucher inconsciemment?*
- c) *Les circonstances et la position alléguées sont-elles possibles?*
 - a) *L'accouchement a-t-il été rapide?*
 - c) *La mère a-t-elle été hors d'état de donner au nouveau-né les soins nécessaires?*
 - d) *L'enfant a-t-il vécu? Quelles sont les causes de la mort?*

La méthode ne doit pas varier suivant le cas à résoudre. Comme en médecine générale, les examens complets sont toujours utiles sinon indispensables. Il faut envisager l'ensemble des faits d'une manière objective et complète, en suivant une règle générale toujours identique. On voit ensuite ce que les éléments obtenus permettent de conclure. C'est en nous inspirant de ces directives que nous n'avons pas recherché la façon de résoudre chaque question en particulier. A combien aurions-nous pu donner une réponse toujours valable? Nous avons préféré indiquer une marche à suivre qui peut servir de schéma à toute expertise concernant un accouchement par surprise, et chemin faisant nous avons marqués les points qui peuvent contribuer à former une opinion. L'étude des circonstances, l'interrogatoire et l'examen de la mère, l'autopsie du fœtus, l'examen des annexes seront étudiés dans des articles successifs.

Art. 1. — Etude des circonstances.

a) **Circonstances morales.** — D'aucuns prétendent que ce n'est pas au médecin d'apprécier la valeur de ces circonstances. Elles ont une importance extrême et doivent être précisées dans un rapport médical. Elles permettent à l'expert de juger sainement les faits et de se créer une conviction personnelle.

1) *Etat Social.* — Femme du peuple, fille-mère, telle est la catégorie sociale où se recrutent les candidates à l'accouchement par surprise. Première raison qui doit

conduire à une appréciation réservée des dires de l'inculpée.

2) *La grossesse cachée* contribue encore à augmenter le doute. Lorsque la grossesse a été avouée, que la femme s'est même inquiétée de son hospitalisation (cas du Dr Mazel), sa bonne foi mérite plus de crédit. Si la grossesse a été niée énergiquement et que l'enfant ait succombé à la suite d'un accouchement clandestin, l'expertise n'a plus grand chose à démontrer. En tous cas, le délit d'homicide par imprudence est nettement caractérisé.

3) *L'éducation, le développement intellectuel* demandent à être mis en évidence particulièrement lorsque la femme prétend avoir ignoré sa grossesse. Si elle est dans une maternité, une enquête discrète auprès du personnel hospitalier et des voisines de lit pourra donner des indications très intéressantes. Telle innocente paraîtra singulièrement avertie lorsqu'on connaîtra mieux les faits et gestes habituels qu'elle ne songe plus à dissimuler comme dans un interrogatoire même médical.

4) On recherchera aussi s'il existe quelques *préparatifs pour la venue du nouveau-né*. Projet nouveau d'existence, confection d'un petit trousseau, etc...

En Résumé on peut, a priori, considérer comme coupable de négligence grave — et l'inculpation d'homicide par imprudence nous paraît justifiée — toute femme d'intelligence moyenne, connaissant et dissimulant sa grossesse, n'accomplissant aucun acte de prévoyance en

faveur du nouveau-né, lorsque l'accouchement clandestin se termine par la mort de l'enfant.

b) Circonstances matérielles. — 1. Les endroits où se fait l'accouchement sont extrêmement variés. On en a vu dans la cuisine, dans les couloirs, dans l'escalier, dans la cour, dans la rue, dans les voitures, dans les tramways, dans les chemins de fer, dans la nacelle d'un ballon, dans les champs, dans les bois, à l'entrée des hôpitaux, sur le marché public. La majorité n'a pas d'intérêt, car elle se produit devant témoins. Il n'en est plus de même dans l'accouchement clandestin dans les cabinets avec chute de l'enfant dans les latrines. L'expert doit dans tous les cas se rendre sur place et examiner avec soin la disposition des lieux. A la campagne, les latrines sont souvent constituées par quelques planches placées au-dessus d'une grande fosse ; les chances de chute sont considérablement augmentées. La femme peut aussi accoucher accroupie dans les latrines dites à la turque et rien ne s'oppose à la chute de l'enfant. Lorsqu'il s'agit de cabinets avec siège et cuvette le cas est tout différent, car même si l'on veut bien admettre la possibilité de l'accouchement sur le siège, il n'en résulte pas forcément que l'enfant ait pu tomber dans la fosse. L'expert retiendra la disposition et la largeur de la lunette, les dimensions de la cuvette et son mode de communication avec les tuyaux. Les cuvettes munies d'une fermeture hydraulique rendent toute chute impossible par suite de la coudure du syphon ; l'enfant peut y périr par submersion. Parfois la cuvette est munie d'un clapet qui ne bascule que

sous une force considérable, l'action d'un levier ou d'un poids important. Dans une expertise, Brouardel constata que la soupape pouvait sans s'ouvrir supporter une bouteille de mercure d'un poids double de l'enfant.

2. *La recherche des taches de sang, de liquide amniotique, de méconium* établit les points avec lesquels le nouveau-né a pu être en contact. Le médecin légiste peut ainsi acquérir la conviction que l'accouchement ne s'est nullement passé dans les conditions qui lui sont indiquées. Les taches de sang, de liquide amniotique, de méconium peuvent aussi exister sur les objets de literie, les vêtements, les linges, le sol qui se sont trouvés en rapport avec la mère dans les heures voisines de sa délivrance ; la constatation des taches ne tire de valeur que de leur description minutieuse. Dans une expertise rapportée par Briand et Chaudé la mère affirmait être accouchée pendant qu'elle était assise sur le siège des latrines ; l'enfant serait tombé dans la fosse. Les experts conclurent à un infanticide par fracture du crâne. Des taches observées entre le matelas et la paille du lit de la femme attestaient qu'un nouveau-né avait été déposé en cet endroit. Une autre tache sur la robe prouvait par son siège, ses dimensions, son aspect général, que l'enfant avait été enveloppé dans la jupe relevée de bas en haut. Il était vraisemblable qu'après l'avoir tué, la mère l'avait transporté dans ses vêtements jusqu'aux cabinets, d'où elle l'avait précipité dans la fosse.

3. *La position prise par la femme sera soigneuse-*

ment précisée. — En fait, toutes les attitudes, couchée, debout, assise, accroupie sur les genoux, sont possibles quoique certaines aient donné lieu à des controverses ardentes. Le décubitus dorsal ou latéral est prédominant dans les pays civilisés. Dans certaines peuplades sauvages (Somalis, indigènes du Calabar) et même quelques provinces d'Orient la *station debout* serait l'attitude normale de l'expulsion. Il en serait de même dans certains cantons d'Ille-et-Vilaine où les femmes accouchent debout, un oreiller entre les jambes pour recevoir l'enfant. Sur les 183 cas de Klein 55 accouchent debout. Winckel cite 58 expulsions dans cette attitude. Casper en rapporte 4 cas. Bonnemaïson, Hellhake, Kiprof et bien d'autres encore ont contribué à établir que cette position était non seulement possible mais relativement fréquente. Holl en avait fortement nié la réalité car ayant offert une prime aux femmes qui pourraient accoucher debout il n'en trouva qu'une qui put le faire, les autres s'accroupissaient instinctivement au moment de l'expulsion. Cette position n'est d'ailleurs pas fatalement préjudiciable au nouveau-né; nous avons vu la bénignité relative des deux principaux accidents qui peuvent alors se produire, c'est-à-dire la rupture du cordon et la contusion du crâne. La *position assise* sur le siège des cabinets d'aisances n'a pas été admise par Devergie, la femme étant dans l'impossibilité de s'y asseoir vu le caractère des douleurs qui portent sur le siège. Quoique Adelon ait émis dans une expertise une opinion contraire, que Klein ait observé 22 cas d'accouchements dans la position assise, et qu'elle constitue une attitude des plus fréquentes de

l'accouchement par surprise d'après Winckel (93 cas rapportés par ce dernier) la plupart des auteurs, Bayard, Charpentier, Tardieu, ont partagé l'opinion de Devergie dans leurs rapports médico-légaux. Pour que l'accouchement soit possible dans cette position il faudrait que l'axe du détroit inférieur soit dans le même plan que celui de la lunette, sinon l'enfant viendrait buter contre la partie antérieure de l'ouverture. L'attitude correspondante n'est pas toujours facile à réaliser : c'est ici que la précision des dires de l'accouchée la mensuration et l'examen minutieux des cabinets pourront donner des renseignements de premier ordre.

La position *sur les genoux* est fréquente dans certains pays et considérée par les Malgaches comme favorable à la terminaison rapide de l'accouchement. Klein en a recueilli 6 cas, Winckel 1 et Hellhake aussi. Son intérêt médico-légal n'est pas très grand vu son extrême rareté.

La position *accroupie* est citée 26 fois par Winckel, 3 fois par Hellhake. On trouve aussi des cas rapportés par Klein, Bonnemaison, Kiprof. La thèse de Collet contient intégralement une intéressante expertise de Perrin de la Touche concernant une femme ayant accouché accroupie dans des cabinets à la turque.

4. *Les modalités de l'expulsion.* — La femme décrira les diverses sensations qu'elle a éprouvées ; le début des douleurs : leur interprétation ; le moment où elle s'est rendue compte qu'elle allaitou avait accouché. On lui demandera comment est venu l'enfant, s'il a crié tout de suite, à quel moment s'est produite la délivrance, si la perte de sang a été abondante, si le cordon

s'est rompu spontanément — enfin quels ont été les soins donnés à l'enfant après sa naissance.

Art. 2. — Examen de la mère.

a) **L'âge.** — On se rappellera que l'accouchement par surprise est aussi fréquent chez les femmes âgées et multipares, vers l'âge de la ménopause, que chez les primipares jeunes et mal renseignées.

b) **Antécédents.** — On recherchera le passé pathologique et obstétrical de l'accouchée ; l'exemple de cas analogues dans la famille et au cours des accouchements précédents, dont l'histoire doit être brièvement rappelée ; la régularité des périodes menstruelles ; les affections abdominales ayant pu donner le change ; les maladies diverses amenant des perturbations de l'état mental ou de la sensibilité.

c) **Les signes de l'accouchement récent** et l'état des parties molles permettront de préciser la réalité de l'accouchement, sa date approximative. L'état du périnée et du vagin, les déchirures donneront quelques indications sur la rapidité du travail et l'expulsion.

d) L'examen sera terminé par la **mensuration du bassin**, la recherche de *stigmata rachitiques* et de *rétrécissements osseux*, et s'il est possible l'exploration de la *sensibilité de la filière pelvi-génitale*.

Art. 3. — Autopsie du nouveau-né.

L'autopsie et l'examen du cadavre du nouveau-né

seront complets et méthodiques et les divers points suivants seront envisagés :

a) **Les caractères de l'âge intra-utérin et de la naissance à terme** d'après le poids, la taille, le développement des cheveux et des ongles, l'apparition des points d'ossification et du cloisonnement alvéolaire du maxillaire inférieur, les diamètres céphaliques, la présence ou l'absence de bosse séro-sanguine qui est un indice précieux de la rapidité du travail.

b) **Les signes de la vie extra-utérine** d'après les diverses docimasies pulmonaire et gastrique.

c) **Les causes de la mort.** On établira en notant la présence de taches de sang et d'enduit sébacé, la ligature du cordon ombilical *si l'enfant a reçu des soins*. — La *docimasie hépatique*, d'après les procédés simples et précis de M. le professeur Etienne Martin, donnera des indications précieuses sur la rapidité de la mort et de l'agonie. Les *fractures du crâne* demanderont une étude particulièrement minutieuse. On a vu dans le chapitre des complications quels étaient les caractères particuliers des fractures qui peuvent se produire dans l'accouchement debout. Il existera quelquefois des traces nettes de *strangulation* qui permettront d'affirmer l'origine criminelle de la mort. Les signes de *suffocation* seront souvent d'une interprétation difficile quant à leur origine criminelle ou accidentelle et demanderont à être éclaircis par les autres données de l'expertise. En somme on ne s'éloignera pas de la méthode en usage dans les questions

d'infanticide et ce n'est point le lieu de donner de longs développements à ces recherches classiques.

Art. 4. — Examen des Annexes.

« **Le cordon**, dit Devilliers, attirera particulièrement l'attention du médecin légiste; il examinera avec soin le point de la déchirure, la distance où elle a lieu, la forme qu'elle affecte, les lésions dont elle s'accompagne et il se rappellera que dans la majorité des cas la déchirure a lieu non pas à une des insertions du cordon, soit au placenta soit à l'ombilic, mais entre ces deux points et principalement sur ceux qui sont affectés de dilatations variqueuses de la veine ombilicale; que la rupture n'a lieu près du placenta que dans les cas d'insertion vélamenteuse et que la déchirure du cordon à son extrémité ombilicale est un fait exceptionnel ». Lorsque le cordon a été coupé la section est ordinairement nette, franche, perpendiculaire ou très peu oblique par rapport à l'axe de l'organe. Les trois vaisseaux apparaissent sur un même plan et sont béants. Lorsque le cordon s'est rompu spontanément la plaie est irrégulière, les vaisseaux ne sont pas rompus au même niveau, plus élastiques que la gaine, ils ont été tirillés, et leur extrémité est en retrait ou déborde la surface. Il est des cas intermédiaires et nous avons cité l'observation de Tissier où la rupture spontanée avait la netteté d'une section au ciseau. On peut constater parfois des lésions accessoires, coup d'ongles, empreintes digitales qui permettent, d'après Saint-Cyr, de distinguer les ruptures

spontanées des ruptures par tiraillement. Une nouvelle difficulté surgit lorsque l'expertise a lieu plusieurs jours après l'accouchement. Saint-Cyr a indiqué un procédé rapide qui permet de rendre au cordon sec et desséché son aspect naturel. On imprègne d'ammoniaque un cordon sec pendant trois ou quatre heures, en le plongeant ensuite dans l'eau pendant douze heures le cordon devient presque turgide et met en évidence avec une netteté parfaite les lésions dont il peut être l'objet.

CHAPITRE VI

CONSIDÉRATIONS MÉDICO-SOCIOLOGIQUES

Au terme de cette étude, nous voudrions examiner les rapports qu'elle présente avec la prophylaxie et la répression de l'infanticide, et en dégager quelques considérations d'ordre sociologique.

L'existence d'une certaine proportion d'accouchements précipités est absolument certaine et bien connue en obstétrique : la possibilité de l'accouchement inconscient n'a jamais été démontrée, c'est un fait très douteux chez la femme saine. Dans un but louable de philanthropie médicale il ne faut pas apporter ces faits comme une excuse toute prête à l'accouchée clandestine, lorsque la Justice lui demande compte de la mort de son enfant. Alors que la plupart des travaux antérieurs ont été faits dans cet esprit, une impression toute différente se dégage, soit des observations que nous devons à M. le professeur Étienne Martin, soit de l'étude critique des observations déjà publiées. *Nous dirons que d'une façon générale l'accouchée clandestine invoque la surprise pour dissimuler l'infanticide.*

Pour traduire cet état d'esprit, nous admettrons qu'en présence d'observations de cet ordre, deux cas peuvent se présenter. Ou bien on trouve des éléments

qui permettent d'établir la non-véracité des dires de la femme, et l'autopsie apporte la preuve de l'infanticide, ou bien il n'existe aucun argument positif qui démontre le caractère mensonger des allégations de l'inculpée. Dans ce dernier cas il était classique, suivant la conception ancienne, de conclure que les faits pouvaient rentrer dans le cadre de l'accouchement par surprise vraie. Nous croyons que dans des cas analogues il faut indiquer que de telles déclarations sont *à priori* peu vraisemblables, étant donné qu'il n'existe pas un seul fait nettement établi dans la science médicale.

Cependant lorsque le rapport médico-légal et les résultats de l'enquête ont permis d'inculper une femme d'infanticide, que les faits matériels ont été démontrés contraires à ses allégations primitives et que les débats aux Assises ont prouvé clairement sa culpabilité, il semble que la Justice n'aurait plus qu'à remplir son œuvre et le Magistrat à prononcer les pénalités prévues par la Loi. Un résultat tout différent se produit dans la plupart des cas, la réponse négative du Jury aux questions posées, entraîne un acquittement presque constant. Cette indulgence a depuis longtemps attiré l'attention. Une boutade d'Edmond About le montre bien ; recherchant pourquoi les jurés, impitoyables pour le vol, étaient si indulgents pour l'infanticide, c'est, disait-il, que les Jurés ont encore l'âge d'être volés et n'ont plus celui d'être victimes de l'infanticide. L'égoïsme n'est pas seul en cause, comme le ferait croire cette réflexion humoristique. Dans un de ses cours magistraux, M. le professeur

E. Martin a exposé l'état psychologique du Juré, résultat de sa mentalité personnelle et du milieu nouveau dans lequel il est brusquement introduit. Le Juré est par définition un honnête homme, bourgeois ou paysan, aisé et respectable, soucieux de sa tranquillité, quelquefois effaré de la responsabilité qui lui incombe, rempli de bonne volonté, mais souvent incompetent à trancher les questions qu'on lui pose.

L'homicide, le viol, l'incendiaire, le vol à main armée impressionnent fortement ses instincts conservateurs ; les crimes passionnels le trouvent déjà plus compatissant ; l'infanticide et autrefois l'avortement occupent dans son esprit le dernier degré de l'échelle des crimes.

Une fille en larmes, effondrée au banc des accusés, le plus souvent jeune bonne séduite à l'arrivée du village, un avocat habile à montrer l'abandon moral et matériel de l'inculpée, et l'impunité du séducteur, le vrai coupable, sollicitent l'esprit d'indulgence du Juré. Le Paysan fortement pénétré de traditions familiales, résiste quelquefois à l'attendrissement général. En ville, on confond volontiers avortement et infanticide, on connaît bien les difficultés de l'existence pour la mère abandonnée, aussi l'hésitation n'est pas longue et c'est un verdict négatif qu'on a vu suivre d'une collecte entre Jurés pour venir en aide à la malheureuse.

Le mal est-il sans remède et les Jurys continueront-ils à acquitter systématiquement les infanticides, d'un exemple si préjudiciable pour notre natalité française, déjà si atteinte ? On pourrait agir contre cet ordre des

choses dans deux directions différentes. D'abord, par l'assistance complète, gratuite, discrète de la fille-mère et de son enfant, ensuite par la répression systématique de l'accouchement clandestin. La *correctionnalisation de l'avortement paraît avoir montré la voie que l'on doit suivre.*

Les modalités les plus diverses ont été proposées pour permettre à la fille-mère de mener à bien la terminaison d'une grossesse qui ne constitue pas un état infamant. L'hospitalisation dans les derniers mois de la grossesse, l'admission à bureaux secrets et le rétablissement des tours dans les maternités sont des moyens excellents qui existent en certains endroits. A Lyon, une des belles œuvres de la Municipalité et d'un Maire si soucieux de l'hygiène publique, restera la Maison des Mères de Gerland et celle de Vinatier, exemples à proposer à toutes les communes. Il ne suffit pas que ces moyens d'assistance existent, il faut qu'ils soient connus par les personnes appelées à en bénéficier et c'est sur ce sujet que nous voulons insister.

A la suite de l'acquiescement d'une fille-mère coupable d'infanticide, les Jurés de Saône-et-Loire ont émis en 1924 un vœu d'un grand intérêt social. Ils demandent *que les Maires, principalement dans les communes rurales, interviennent discrètement auprès des filles-mères pour leur donner tous les renseignements de nature à faciliter la fin de leur grossesse, leur accouchement et les soins du premier âge.*

Un grand quotidien parisien qui a rapporté ce vœu, a émis l'idée que certains maires seraient peu qualifiés

pour ces enquêtes discrètes et n'auraient peut-être pas la largeur d'esprit nécessaire pour mener à bien une tâche aussi délicate, et il suggérerait que ce rôle serait mieux rempli par l'instituteur ou l'institutrice, que par un paysan. On aurait pu songer aussi au médecin, avec plus de raisons. Il importe surtout de donner à ces renseignements un caractère officiel, qui montre bien à la fille enceinte que la société ne considère pas la grossesse illégitime comme une maladie honteuse, mais comme un état digne de sollicitude et de secours. Les murs de nos mairies, si encombrés d'avis de toutes sortes, d'un intérêt quelquefois bien relatif, ne pourraient-ils réserver un panneau indiquant les œuvres d'assistance s'occupant des soins nécessaires à la grossesse et à l'accouchement ? Les murs des bureaux de placement et des gares déjà couverts d'affiches émanant de sociétés de protection de la jeune fille, réserveraient aussi une place à des avis semblables. Un avis de ce genre émanant de la Préfecture a fait une apparition timide et temporaire dans quelques mairies du Gard.

Pour rassurer les esprits timorés, qui craignent de constituer ainsi une invite à l'inconduite, la rédaction de ces avis serait des plus anodines et dirigerait simplement les intéressées vers le médecin du bureau de bienfaisance, qui nous semble le plus indiqué pour donner tous les renseignements complémentaires.

La Société remplissant d'une façon plus complète ses obligations envers la fille-mère, pourrait se montrer sévère sur l'appréciation des conditions ayant entraîné la mort de l'enfant. Sans aller jusqu'à faire un délit

de la grossesse cachée, *il serait logique d'inculper d'homicide par imprudence toute femme dont la grossesse et l'accouchement clandestin se termineraient par la mort du nouveau-né.* Inutile de rechercher la preuve de l'intention homicide qui n'aurait qu'un résultat : conduire la mère aux Assises et à l'acquittement. On a du correctionnaliser l'avortement pour obtenir un minimum de répression. La même évolution se produirait ainsi pour l'infanticide. Actuellement, tout le monde connaît la nécessité de préparatifs et de soins spéciaux au moment de l'accouchement. Il paraît indiscutable qu'*une femme se privant sciemment de l'assistance nécessaire à son état, libéralement offerte par les institutions sociales, se rend coupable d'une négligence grave.* L'inculpation d'homicide par imprudence serait justifiée et la correctionnalisation en serait la terminaison logique. *La répression moins dure deviendrait aussi plus certaine et remplirait son but d'intimidation nécessaire.* Ce n'est pas notre rôle de développer cette manière de voir au point de vue juridique. Nous l'avons indiquée, la croyant utile comme moyen de prophylaxie criminelle. Des exemples récents paraissent démontrer qu'elle est admise par des magistrats dont la haute compétence et l'autorité donnent quelque crédit à cette opinion.

CONCLUSIONS

1. Suivant leurs caractères étiologiques et cliniques on peut établir parmi les accouchements par surprise les divisions suivantes :

- a)* Accouchements inconscients ou par surprise vraie.
- b)* Accouchements précipités conscients avec expulsions par surprise.
- c)* Accouchements en état syncopal.

2. Les accouchements inconscients et les accouchements en état syncopal sont possibles chez des femmes intoxiquées, tarées au point de vue mental ou nerveux, ou ayant subi une abondante hémorragie. Leur existence est douteuse chez les femmes saines. Ils sont en tout cas chez elles d'une extrême rareté.

3. Le plus grand nombre des accouchements par surprise est constitué par des accouchements précipités par négligence, clandestins et consécutifs à une grossesse cachée. Ils se terminent souvent par la mort criminelle de l'enfant.

4. L'accouchement par surprise ne se démontre pas médico-légalement. L'étude des circonstances morales

et matérielles, l'examen et l'interrogatoire de la mère, l'autopsie du fœtus, l'examen des annexes permettent seulement d'indiquer les divers éléments concordant à la possibilité de la surprise.

5. La prophylaxie doit surtout viser l'accouchement clandestin. Elle doit s'exercer dans deux directions différentes.

a) Développement et diffusion des institutions sociales en faveur de la femme enceinte et de la fille-mère.

b) Répression systématique de l'accouchement clandestin terminé par la mort de l'enfant. Il est inutile de rechercher l'intention criminelle, l'inculpation d'homicide par imprudence est toujours justifiée. Elle assure par la correctionnalisation une répression moins dure mais plus certaine que la cour d'Assises où l'appréciation des jurés concernant la question de l'infanticide rend toute sanction pénale impossible.

Le Président de la Thèse,
Etienne MARTIN.

Vu : *Le Doyen,*
Jean LÉPINE.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 20 novembre 1924.
Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,
J. CAVALIER.

BIBLIOGRAPHIE

- ABBOT. *Boston med. and sur. journal* XCVI.
- ADELON. Rapport médico-légal sur une accusation d'infanticide.
Ann. d'hyg. publ. et de méd. légale, 1885.
- ALBERT. Recherches et observations sur la mort du nouveau-né par hémorragie des vaisseaux ombilicaux. Traduction de Marc. *Ann. d'hyg. publ. et de méd. légale*, 1831.
- AUGÉ et LEBON. Infanticide par immersion dans les fosses d'aisances. *Ann. d'hyg. publ. et de méd. légale*, 1877.
- AUVARD. *Travaux d'obstétrique*, 1889.
- ANDERSON. Childbirth without pain. *South méd. Rec.*, 1879.
- BALTHAZARD. *Précis de Médecine Légale*, 3^e édition, 1921.
- BALAY. Accouchement inconscient. *Médecine Moderne*, 1898, p. 508.
- BAR et KEIM. Ac. debout à la sortie du bain. *Gaz. hebd. de méd. et de chirurg.*, 1898.
- BAYARD. Cons. méd. lég. sur plus. cas d'infant. et sur la fréq. de ce crime. *Ann. d'hyg. publ. et de méd. lég.*, 1840.
- BAYER. Ueber præcipitirte geburten und ihre Folgen für die Wocheurinnen. Traduc. *Ann. de Gyn. et d'obst.*, 1901, p. 68.
- BECIGNEUL et MÉNAGER. *Gazette Méd. Nantes*, 1894.
- BERTHIER. Grossesse ignorée, acc. incons. chez une mélanc. *Ann. de la Soc. Méd. de Lyon*, 1859.
- BIDON. Ac. incons. chez primip. *Marseille médical*, 1903. *Presse médicale*, 1904, p. 200.
- BOGDAN. *Revue de Médecine Légale*, 1903.

- BONNEMAISON. Des accouchements rapides et non surveillés et de leurs complications. *Thèse, Paris*, 1898.
- BONTEMPS. Rupture spontanée du cordon omb. *Ann. d'hyg. publ. et de méd. légale*, 1888.
- BRIAND et CHAUDÉ. *Traité de médecine légale*, 1880.
- BROCHIN. Accouchement gémellaire inconscient. *Gazette des hôpitaux*, 1854.
- BROUARDEL. *L'infanticide*, Paris 1887.
- Une femme peut-elle accoucher sans le savoir?
Ann. d'hyg. publ. et de méd. lég., 1896
- Le mariage, nullité, divorce, grossesse, accouchement 1900.
- BRUNON. Acc. chez une primi et à son insu. *Arch. de Tocol*, 1890.
- BUDIN. Rupture du cordon pendant l'acc. et l'expuls. brusque du fœtus. *Ann. d'hyg. et de méd. lég.*, 534.
- BURDACH. *Precipitirte gebucht*, 1840. Berlin.
- BUREAU. Hémorragies trauma. du foie chez le nouveau-né pendant l'acc. *Thèse, Paris*, 1898-99.
- BURNETT. A case of painless labor *South. Méd. Rec.*, 1895.
- CANOLLE. *Recueil périodique de la Soc. de Méd. de Paris*, 1798.
- CAPURON. *Médecine légale relative aux accouchements*, Paris, 1821.
- CASE. Labor during sleep. *Ann. J. M. S. Philadelphie*, 1868
- CASPER. *Traité pratique de médecine légale*, 1862.
- CAUSSÉ. De l'asphyxie par suffocation et des rapports de ce genre de mort avec l'hémo. du cordon omb. *Ann. d'hyg. et de méd. lég.*, 1869.
- CHARPENTIER. Infanticide : enfant trouvé dans les fosses d'aisances. *Ann. hyg. et méd. lég.*, 1876.
- CHARTIER. Examen médico-légal et autopsie des enfants nouveaux-nés. *Thèse de Lyon*, 1891.
- COHN. *Centralbl. f. gynæk.* 13, IV, 1902.
- COLIEZ. Quelques considérations sur les acc. incons. et sans douleur. *Thèse Paris*, 1898.

COLLET. De l'acc. spont. rapide et de l'expulsion imprévue du fœtus. *Thèse Paris*, 1904.

COMMANDEUR. Myélite Tuberculeuse et grossesse. *Bulletin de la société d'obstétrique*. Décembre 1906.

CORIN. L'infanticide par omission. *Archives inter. de Méd. Légale*. Avril 1912.

DANYAU. Fractures du crâne dans les acc. spontanés. Paris, *J. de Chirurgie*, 1843

DAREIRE. Un cas de rupture spontanée du cordon ombilical. *Ann. d'hyg. et de méd. lég.*, 1888.

DEL CAMPO. Parto do los gemelos sin dolor. *Bol de méd. cirurg y farm.* Madrid, 1848.

DÉMELIN et DENRAIGNES. *Manuel de l'Accoucheur*. Paris, Doin, 1924.

DENEUX. Recherches sur les causes de l'acc. spontané après la mort. *Th. Paris*, 1823.

DEPAUL. Un accouchement dans la rue, *Jour. des Sages-Femmes*, 1882.

DEVERGIE. Consultation médico-légale en matière d'infanticide. *Ann. d'hyg. et de méd. lég.*, 1832.

— *Traité de Médecine Légale*, 1840.

DEVILLIERS. *Recueil de mém. et d'obs. sur les accouchements*.

DOBROVOLSKY (M^{me}). *Revue de l'hypnotisme*, 1891.

DUBUSAY et JEANNIN. *Précis d'accouchements*, 1924, 5^e édition.

DUPOUY. De la rupture complète du cordon ombilical pendant l'accouchement. *Thèse Paris*, 1885-86.

ENGELHANN. *La pratique des accouchements chez les peuples primitifs*. Trad. Rodet, 1886.

ESTERLE. *Ann. univers.* Milan, 1861.

FOG. Un cas de partus præcipitatus dans le cabinet de toilette d'un train de chemin de fer. (Institut de Médecine légale de Copenhague). *Ann. de méd. lég.*, janvier 1924.

FREYER. Die ohnmacht bei der geburt, vom gerichtszetlichen. Berlin, 1887.

GOLTZ. Præcip. geburten. *Inaug. Diss.* Bassel, 1887.

HELLHAKE. Præcipitierte geburten. *Thèse de Wursbourg*, 1898.

HENRI (M^{me}). *Ann. Hyg. et Méd. leg.*, 1887.

HOFMAN. *Eléments de Médecine légale*. Traduc. Levy, 1881, avec commentaires par Brouardel.

— *Atlas manuel de Médecine Légale*. Edition française par Vibert, 1901.

HUNTER. Lettre sur l'infanticide. Trad. Worbe in *Bulletin des Sciences médicales*, t. V., p. 321.

JAYET. Lésions de la tête fœtale pendant l'accouchement. *Thèse, Paris*, 1838.

JEaucOUR. Considérations sur les accouchements naturels et sans douleur. *Thèse, Paris*, 1838.

KIPROF. Contribution à l'étude des accouchements par surprise. *Thèse de Paris*, 1903-04.

KLEIN. Bemerkungen uber die bisher angenommenen folgen des sturzes des kindes auf den boden bei schnellen geburten, 1817.

KOCH. *Arch. fur gynæck*, 1880-83-86.

LACASSAGNE et E. MARTIN. La docimasie hépatique. *Archives d'anthropologie criminelle*, 1899.

LACASSAGNE et E. MARTIN. *Précis de Médecine Légale*, 1921

LAMARE. La Ténacité et la rupture du cordon ombilical. *Thèse, Paris*, 1888.

LANGSTON. A case of rapid parturition. *Lancet*, 1864.

LARKIN. Case of. painless labor. *Med. Rec. New-York*, 1893.

LAUGIER. Sur un cas d'acc. chez une multipare à l'insu de la parturiente. *Ann. hyg. et méd. légale*, 1891

LEBLOND. Un cas d'accouchement inconscient. *Ann. hyg. et méd. légale*, 1892.

LECLERC et CORDONNIER. Deux cas de grossesse à terme ignorées. *Ann. de méd. légale*, 1924.

LECOUPACHER. Quelle est la position la plus favorable ? *J. méd. Bruxelles*, n° 22, 1897.

LEGRAND DU SAULE, BERRYER et POUCHET. *Traité de médecine légale de jurisprudence médicale et de toxicologie*, 1886.

LELIÈVRE. Fractures du crâne pendant l'accouchement. *Thèse, Paris*, 1891.

MARCÉ. *Traité de la folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices*, 1763.

E. MARTIN. *Cours de médecine légale* à la Faculté de Médecine de Lyon, 1923-1924.

— La docimasie hépatique. *Archives d'anthropologie criminelle*, 1902-1906.

— Voir Lacassagne et E. Martin.

MAAS. Nord, *Arch. f. Natur. u. Arzneiw.* I.

MASKA. *Traité de médecine légale*.

MATTEI. Ein beitrage zur actiologie des puerperalfiebers. Marbourg, 1874.

MAURICEAU. *Obs. sur la grossesse et l'acc. des femmes*. Paris, 1694.

MAYGRIER. Rupture spontanée du cordon. *Progrès médical*, 20 mars 1888.

MAZEL et PIÉDELIÈVRE. Sur un cas d'acc: par surprise *Ann. de méd. légale*, 1923.

MORACHE. *Grossesse et accouchement*, 1903. Paris, Alcan.

NÉGRIER. Recherches médico-légales sur la longueur et la résistance du cordon dans l'accouchement à terme et la gestation. *Ann. hyg. et méd. légale*, 1841.

OLIVAUD. De l'infanticide et des moy. pour le constater. *Thèse, Paris*, 1802.

OLLIVIER D'AUGER. Mémoire sur les causes des différentes fractures des os du fœtus et des enfants à la mamelle dans les enquêtes judiciaires. *Ann. d'hyg. et de méd. lég.*, 1884.

ORFILA. *Leçons de médecine légale*, 1823.

OTTERBOURG. Hémorragie. Syncope. Accouchement inconscient. *Presse médicale*, mars 1899.

PARISOT et MORIN. Mort du nouveau-né par hémorragie méningée ou par suffocation. *Ann. de méd. lég.*, novembre 1923.

PASCAL. De la rupture du cordon ombilical et des fractures du crâne chez le nouveau-né au point de vue médico-judiciaire. *Thèse, Montpellier*, 1896.

PALFRAY. *Lancet*, 1864, p. 36.

PANIS. Une femme peut-elle accoucher sans en avoir conscience ? *Thèse de Paris*, 1864.

PENARD. Accouchement spontané post mortem. *Ann. hyg. et méd. légale*, 1873.

PERCHERON. Contribution à l'étude clinique et médico-légale des contusions et ruptures du foie.

PERRET. Rupture spontanée du cordon. *Ann. d'hyg. et de méd. légale*, 1888.

PERRIN DE LA TOUCHE. Cause exceptionnelle de syncope au moment de l'accouchement (auto-épisiotomie). *Presse médicale*, 18 mars 1899.

PLACZEK. *Vierteljahrschrift, f. gerichtl. méd.*, 1903, p. 43.

PRITZEL. *Wiener méd. Wochensh.*, 7 novembre 1885.

REINHART. Proecip. geburten. *Inaug. Diss. Marburg*, 1871.

RICHARDIÈRE. Etude médico-légale sur les hémorragies méningées chez le nouveau-né. *Médecine moderne*, 1890.

RIBEMONT. Hémorragies du nouveau-né. *Thèse, Paris*, 1880.

RIVET. Hémorragie par rupture spontanée du cordon, insertion vélamenteuse. *Archives de Tocol.* Paris, 1883.

SAINT-CYR. Du cordon ombilical au point de vue médico-légal. *Thèse de Lyon*, 1891-92.

SAMELSON. Delivering during sleep. *Brist. Méd. j.*, 1865.

SANGREE. A easy birth. *Méd. Rec. New-York*, 1892.

SARRAT. Analyse et synthèse des études faites sur l'infanticide par fractures du crâne. *Thèse, Bordeaux*, 1891-92.

SCHULTZE. Medicinische Zeitung. 1844. *Ann. hyg. et méd. lég.*, 1845.

SCOT. *Lancet*, 1859.

SEMMELWEIS. Die actiologie des puerperalfiebers bei den stur-
geburten, 1861.

STAES. Études sur la rupture spontanée du cordon ombilical.
Thèse, Lille, 1887-1888.

STRASSMANN. *Deutsche Med. Vochenschrift*, 1890.

TARNIER, CHANTREULL, BUDIN. *Traité de l'art des accouchements*.

TARDIEU. *Étude médico-légale sur l'infanticide*, 1868.

TAYLOR. *Traité de médecine légale*. Traduc. Coutagne, 1881.

TENNESON. Tentative d'infanticide. Enfant trouvé vivant dans
les fosses d'aisances après 4 h. 1/2 de séjour. *Ann. Hyg. et
M. légale*, 1872.

THOINOT. *Précis de Médecine Légale*, 1913.

THOMAS. *Éléments de Médecine suggestive*. Paris, 1887.

TISSIER. Rupture spontanée du cordon. *Ann. d'hyg. et de méd.
légale*, 1899.

TOULMOUCHE. Étude sur l'infanticide et la grossesse cachée
ou simulée. *Ann. d'hyg. et de méd. légale*, 1862.

TOURDES et METZQUER. *Traité de Médecine légale*, 1896.

TOUSSAINT. Tentative d'infanticide. Enfant retiré vivant d'une
conduite de fosses d'aisances. *Ann. hyg. et méd. lég.*,
1872.

VARNIER. La pratique des accouchements. Obstétrique journa-
lière.

VIBERT. *Précis de Médecine Légale*, 1921. 10^e édition.

VULIEN. Accouchement précipité dans les latrines. *Ann. hyg. et
méd. lég.*, 1902.

WEDEKIND. Uber sturzgeburten. Wursbourg, 1839.

WEILL. Accouchement en dormant. *Gaz. Méd. Strasbourg*, 1881.

WESTPHALL. Vierteljahrs. f. gerichtl. u. off. Méd., 1860.

WILDBERG. Andb. des gerichtl. Arzneiwissenschaft.

WINCKEL. Über die Bedeutung proëcipitirter Geburten für die
Etiologie des puerperalfiebers. München, 1884.

WITKOWSKY. Histoire des accouchements chez tous les peuples.

— Les accouchements à la cour.

TABLE

Étude médico-légale des Accouchements par surprise.

INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE I. — Historique.....	1
CHAPITRE II. — Définition. Fréquence. Étiologie générale.....	5
CHAPITRE III. — Causes efficientes.....	13
1. Accouchements inconscients ou par surprise vraie.....	14
2. Accouchements précipités conscients ou expulsion par surprise.....	38
3. Accouchements en état syncopal.....	51
CHAPITRE IV. — Complications des accouchements par sur- prise.....	62
CHAPITRE V. — Conduite de l'Expertise Médico-Légale.....	70
CHAPITRE VI. — Considérations Médico-Sociologiques.....	81
CONCLUSIONS.....	87

LE PUY. — IMPRIMERIE PEYRILLER, ROUCHON ET GAMON.
